FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 1277

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean FELL

Né le 22 Juin 1933, à PARIS (XVIIIe)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES POLYPES ET DE LA PAPILLOMATOSE DE L'ARBRE URINAIRE

Président : Monsieur CORDIER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean F E L L

Né le 22 Juin 1933 à PARIS (XVIII°)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES POLYPES ET DE LA PAPILLOMATOSE DE L'ARBRE URINAIRE

-:-

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : Monsieur CORDIER (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1962

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... Jean VERNE
2e ASSESSEUR ..... Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

Iº- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F) SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

	MM.
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L) BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	DOGNON (A) DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie medicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		F. de GAUDART d'ALLAINES

		MM.
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	(Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
	(Boucicaut	LENEGRE (J)
	(Broussais	SOULIE (P)
	(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Cochin	BROUET (G)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	(Lariboisière	SEZE (S.de)
	(Pitié	DREYFUS (G)
	(Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R)
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M)
	(Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G)

	MM.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicale	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) GILLOT (C) OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS pr.s. ch. ABELANET (R) BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU Et.m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUH (J) JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	BESANCON (F) CORNET (A)
Hygiène	BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)

	MM.
Médecine légale	DEROBERT (L)pr.s.ch.
	FOURNIER (E)
	GUENIOT (M)
	HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Obstétrique	GRANJON (A)
	HERVET (E)
	Le LORIER (G)
	LEVY (J)
	MORIN (P)
	MUSSET (R)
	ROBEY (M)
	SENEZE (J)
	SUREAU (C)
	THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P)
	DUBOIS (A)
	SARAUX (H)
Orthopédie	JUDET (R)
	MEARY (R)
	POSTEL (M)
	RAMADIER (J)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J)
	PIALOUX (P)
Parasitologie	GOLVAN (Y)
	LAPIERRE (J)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J)
	BINET (J.P)
	CAUCHOIX (J)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.L)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	GARBAY (M)
	GARNIER (H)
	(Cl.de)GAUDART-d'ALLAINES
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LEVEQUE (B)
	LOYGUE (J)
	MERCADIER (M)

Pathologie chirurgicale	NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.P.) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK (J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C) ROSSIER (A) VIALATTE (J)
Pharmacologie	BOISSIER (J) LECHAT (P)
Physiologie	BARRES (G) DEJOURS (P) DURAND (J) GIRARD m.conf. HUGELIN (A) SCHERRER (J)
Physique médicale	CHANTEUR (J) GOUGEROT (L)m.conf. pr.s.ch. GREMY (F.)m.conf. MILHAUD (G) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M)m.conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A) RENAULT (P)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H) LAPRESLE (J)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (P) CHAPUT(Mme A)m.c.agr. GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)

	MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P) AMELINE (A) pr.s.ch. VERNE (J.M)
Clinique médicale	PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E)
LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G) QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère,

Je lui dois tout

A mon Père,
Docteur Léon FELL,

Im memoriam

Dont le souvenir m'a toujours guidé
au cours de ma vie.

A ma Femme,

A mon Fils.

A ma Tante et mon Oncle,

Les Docteurs DAVID,

Que je ne remercierai jamais assez de ce que je leur dois

Qu'ils trouvent ici le témoignage de toute mon affection.

A mon Cousin,

Michel DAVID,

A mon Ami,

André WALDSTEIN,

A tous mes Parents et Amis.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur G. CORDIER,

Professeur de Clinique Chirurgicale à
la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse

Qu'il veuille bien trouver
ici l'expression de toute
notre gratitude et de no-
tre profond respect.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé J. FAUREL,

Chirurgien des Hôpitaux,

Il fut notre premier maître

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur P. LOUP,

Chirurgien-urologue de l'Hôpital Saint-Michel,

Qui, non content de nous avoir largement ouvert son service, nous assiste de ses conseils et de son appui

Qu'il trouve ici l'assurance de tout notre attachement.

A Monsieur le Docteur G. SCHERER,

Assistant à l'Hôpital Saint-Michel,

Dont les conseils nous ont toujours été précieux

Avec toute notre reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES POLYPES ET DE LA PAPILLOMATOSE

DE L' ARBRE URINAIRE

-:-:-:-

AVANT-PROPOS

-:-

Durant des siècles, les tumeurs de vessie n'étaient accessibles à la vue qu'au cours des autopsies.

Fabrice de HILDEN, dans son ouvrage, cite le cas d'une tumeur, qui remplissait toute la vessie d'un cadavre, trouvée au cours d'une autopsie faite par SLOTAN.

LACUNA, en 1551, parle des caroncules et des polypes. Mais le premier fait, qui mérite une mention particulière, est celui de CORVIARD, de Lyon qui, en 1638, diagnostique une tumeur vésicale, pratique la taille, enlève la tumeur et le malade guerit.

L'observation passe inaperçue et ce n'est qu'un siècle plus tard que l'on trouve dans la littérature la mention d'une nouvelle tentative opératoire due à Le CAT et WARNER.

Vers la fin du 17e siècle, DRELINCOURT, BLANCARD et RUYSCH donnent quelques descriptions très sommaires et RUYSCH écrit en 1691 : "LE DIAGNOSTIC DE CES TUMEURS EST AUSSI INCERTAIN QUE LEUR TRAITEMENT".

Au 18e siècle, les premières tentatives sont celles de COLLOT, qui intervient par voie hypogastrique ou périnéale.

Jusqu'à CIVIALE, ce sont les seules opérations.

Dans son traité publié en 1842, CIVIALE encourage l'intervention pour le fongus. Mais déjà, et il semble être le premier, il parle des récidives ainsi que des guérisons complètes. C'est depuis lors que la distinction s'établit entre le cancer et le fongus.

CIVIALE insiste aussi sur le transformation possible d'une tumeur primitivement bénigne en tumeur maligne.

Après CIVIALE, peu de tailles sont pratiquées et c'est surtout par voie naturelle que se fait extirpation, ligature ou écrasement des tumeurs.

Il faut attendre BILLROTH et VOLKMANN qui, en 1874, ouvrent une ère nouvelle par des opérations hardies.

KOCHER, de Berne, opère par taille pré-rectale de Nélaton un papillome de la vessie.

THOMSON préconise la voie périnéale, qui est suivi par de nombreux chirurgiens.

En France, la boutonnière de Thomson ne fut guère pratiquée que par SALTIER, de Lyon, par HORTELOUP et par GUYON ; mais ces derniers trouvent le procédé peu pratique.

Pendant ce temps la taille hypogastrique, grâce aux travaux de PELLISSIER, en 1880, sort de l'oubli.

MARCACCI (1880), CZERNY (1881), TRENDELENBURG (1882) pratiquent la taille hypogastrique.

Mais c'est la publication de BAZY (1883) qui marque une date importante dans l'utilisation des travaux de l'école de Necker, qui pratique une cystectomie partielle par taille hypogastrique devant MONOD et GUYON.

GUYON revient sur la question ; la taille hypogastrique, dont il n'a cessé de perfectionner la technique, devient l'opération de choix ; elle permet d'arriver sur les tumeurs de la vessie et de les extirper.

Mais les travaux, dont l'importance en urologie fut capitale, sont dus aux auteurs allemands NITZE et KÜSTER.

NITZE décrit son endoscope en 1877 et, en 1879, cet instrument, construit à Vienne, devient utile dans la pratique.

En France, c'est à BOISSEAU du ROCHER que l'on doit les explorations endoscopiques qui, en 1883, fabrique son mégaloscope dont il fait la première publication à l'Académie des Sciences en 1885.

Ainsi la voie à la taille hypogastrique et à l'endoscopie est ouverte et, en 1892, ALBARAN , à qui l'on doit l'onglet du cystoscope, publie le premier traité très complet des tumeurs de la vessie qui constitue le point de départ de l'urologie actuelle.

-:-

INTRODUCTION

-:-

Si le titre de cette étude des tumeurs bénignes de l'arbre urinaire oppose, à première vue, deux contestes cliniques, c'est qu'il semble que, dans le domaine des papillomes, nous avons deux entités.

D'une part il peut s'agir d'une prolifération tumorale unique qui, une fois enlevée, ne donne plus aucun signe, ne récidive pas et on peut parler, avec un certain recul du temps, de guérison ; ou bien nous sommes devant une dissémination, d'un envahissement très étendu de l'arbre urinaire qui récidive et dont l'évolution, le plus souvent, est fatale : Tumeurs bénignes qui tuent !

Mais le problème soulevé par les tumeurs bénignes de l'arbre urinaire ne s'arrête pas seulement à faire cette distinction. En effet si certains polypes isolés disparaissent à tout jamais, d'autres par contre se mettent à proliférer telle une champignonnière et un jour ou l'autre, dans bien des cas, survient la transformation en épithélioma.

Ailleurs, devant une papillomatose d'emblée importante, nous assistons à une régression totale.

Devant ces différentes évolutions, que

l'on peut qualifier de mysterieuses, nous allons tenter de faire un essai de classification, un essai de pronostic et, par là, de traitement.

- Quelques données statistiques

Les papillomes représentent 2 p.cent des malades hospitalisés dans les services spécialisés ; de prime abord, ce nombre paraît peu élevé, mais si l'on considère que la plupart des malades atteints de papillomatose suivent des traitements ambulatoires, cette proportion change de perspective.

D'après les statistiques portant sur une période de 1925 à 1957, il a été étudié à l'Institut d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg 731 tumeurs de vessie :

- 715 tumeurs épithéliales
  pour (6 sarcomes
  (10 tumeurs complexes

Sur ces 715 tumeurs épithéliales :

- 275 étaient bénignes (217 hommes
  (58 femmes

- 440 étaient malignes (349 hommes
  (91 femmes

donc, à peu près quatre fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

Enfin la fréquence avec l'âge n'est pas la même non plus.

- Tumeurs bénignes

- pour l'homme : maxima entre 55 et 60 ans
- pour la femme: maxima entre 60 et 65 ans

- Tumeurs malignes

- pour l'homme : maxima entre 60 et 65 ans
- pour la femme: maxima entre 65 et 70 ans

On constate un décalage d'environ 5 ans du sommet de fréquence des tumeurs malignes par rapport aux tumeurs bénignes, aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Cette donnée permet de supposer que maintes tumeurs villeuses subissent une transformation en épithélioma avéré.

Ainsi la statistique nous amène aussi devant un des problèmes de la papillomatose : restera-t-elle bénigne ou bien se transformera-t-elle en épithélioma ?

-:-

ETUDE CLINIQUE

-:-

Un élément essentiel qui détermine le malade à consulter : l'hématurie, plus ou moins abondante, plus ou moins précoce. D'autres signes vésicaux peuvent être associés ou non.

- L'hématurie

- c'est le maître symptôme (bien expliqué d'ailleurs par l'anatomie pathologique)

- spontanée, survenant à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, sans aucun rapport avec l'activité du malade

- n'est pas diminuée par le repos

- plus ou moins abondante

- commande la cystoscopie, mais la rend quelquefois difficile, voire impossible

- il existe souvent une disproportion entre la petitesse du polype et l'abondance de l'hématurie qui peut devenir inquiétante.

Les cancers, au contraire, au début provoquent une hématurie plus discrète : "chiche" - disait GUYON.

- Signes vésicaux

- peu ou pas de signes en général

- leur association à l'hématurie est toujours de mauvais aloi

- pollakiurie, dysurie traduisent en général l'évolution d'une tumeur maligne

- les autres signes cliniques sont pauvres ; quelquefois une douleur ou une gêne dans une fosse lombaire ou un tiraillement dans les fosses iliaques s'il s'agit d'une tumeur urétérale ou pyélocalicielle

- les touchers pelviens ne donnent pas de renseignement

- on ne trouve aucune infiltration avec le palper abdominal combiné

- des examens complémentaires doivent être mis en route.

°
° °

LA CYSTOSCOPIE

Chez tout malade qui présente, ou a présenté, une hématurie, la cystoscopie s'impose : antipirine à 40 p.cent avec l'eau chaude surmonte bien souvent les difficultés.

Ailleurs, il faut attendre.

Nous ne décrirons pas la technique connue de tous, et ne présentant ici aucun intérêt, pour nous arrêter à son résultat.

On observe en général 2 ou 3 polypes, soit villeux, flottant dans le liquide vesical, soit fongiformes. Leur volume est variable en général, d'autant plus petit qu'ils sont vus précocement.

Dans cet examen cystoscopique, ce qui est important c'est bien entendu la confirmation du diagnostic invoqué, l'aspect de sa formation (nous y reviendrons ultérieurement dans l'étude anatomo-pathologique) mais aussi, et nous dirons autant sinon plus, l'existence de greffes urinaires sous forme de petites saillies, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui soulèvent la muqueuse et dont la reconnaissance est capitale (nous y reviendrons ultérieurement en envisageant les récidives et les traitements).

°°°

U.I.V.
dans l'appréciation de la malignité
d'une tumeur vésicale

COUVELAIRE et LEMAIRE donnent une place importante à cet examen.

Il permet d'individualiser la silhouette vésicale, montre la présence ou l'absence d'altération de la sécrétion et de la morphologie du haut appareil.

La cystographie de sécrétion, en variant les incidences, peut donner des images qui valent bien des images de cystographie rétrograde : irrégularité des contours, la lacune grignotée, l'amputation pariétale.

Donc il ressort de cet examen deux sortes de signes : directs et indirects.

Dans les observations de MM. COUVELAIRE et LEMAIRE :

- 60 p.cent des cas avaient un retentissement sur le haut appareil

- 40 p.cent laissaient le haut appareil normal.

Mais pas une seule tumeur bénigne, même implantée près de l'orifice urétéral, ne modifiait l'urogramme.

- Etude cytologique urinaire

Cette méthode a :

- pour elle, sa simplicité à condition d'appliquer des règles très strictes de prélèvement ;

- contre elle, a priori, les difficultés d'interprétation histologique des tumeurs papillaires qui peuvent faire douter de ce que la cytologie seule puisse donner au diagnostic.

Il semble par ailleurs que c'est une excellente méthode de surveillance (ABOULKER l'avait appliquée aux travailleurs d'une usine d'aniline) au contrôle de traitement par des radiations et, par là, au pronostic.

H.F. CHAUVIN rapporte le cas d'un malade soigné par de nombreux urologues par instillations, antibiotiques, sulfamides, chez qui la cytologie a montré la présence de cellules cancéreuses ; la cystoscopie ne montrait alors qu'une muqueuse rouge et tomenteuse.

-:-

HISTOGENESE ET DEFINITION DES PAPILLOMES

-:-

Les papillomes sont des tumeurs bénignes développées au niveau de la peau ou d'une muqueuse dermo-papillaire, constitués par hypertrophie et une néoformation des papilles.

Toute papille se compose de deux parties essentielles :

- un axe conjonctivo-vasculaire
- un revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié.

Ce revêtement épithélial présente deux zones principales :

- une zone superficielle constituee par des cellules aplaties, et des cellules cornées s'il s'agit d'une papille de la peau

- une zone plus profonde des cellules polygonales formant le corps muqueux de Malpighi.

Selon que la prolifération cellulaire, qui est le facteur essentiel de l'hypertrophie des papilles, porte sur les cellules cornées de l'épiderme ou sur les cellules de la couche du cors muqueux, on distingue deux grands groupes de papillomes :

- les papillomes cornés (ne font pas partie de cette étude)

- les papillomes muqueux, dont les représentants les plus typiques sont ceux développés aux dépens de la muqueuse urinaire.

L'épithélium de la vessie est constitué par trois couches de cellules :

- basales, formées de cellules cylindriques
- moyennes, formees de cellules cuboïdes
- superficielles, dont les cellules sont parallèles à la surface de la muqueuse.

Dans les papillomes, cette structure est conservée et entoure quelques axes conjonctivo-vasculaires ou, plus exactement, c'est le conjonctif et les vaisseaux qui suivent fidèlement l'epithélium, le nourrissent et le supportent dans une dépendance qui reste ordonnée tant que la croissance de ce dernier ne devient pas extrêmement atypique et anarchique.

C'est dans l'épithélium que s'effectue la transformation, si minime soit-elle, et certains auteurs pensent que le papillome bénin n'est pas autre chose qu'un épithélioma villeux à l'état 0 d'infiltration (JEWETT-MARSHALL) ou de degré de malignité histologique 1 (BRODERS).

Le processus néoformateur porte sur les deux éléments de la papille :

1) revêtement épithélial para-malpighien
2) l'axe vasculo-conjonctif.

1 - La prolifération des cellules de ce revêtement para-malpighien aboutit à la formation de digitations qui s'enfoncent dans

le tissu conjonctif du derme et soulèvent la surface de la muqueuse.

Le papillome se bifurque, se trifurque, tout en s'épaississant.

Cette prolifération épithéliale du papillome présente deux caractéristiques essentielles :

- les cellules néo-formées sont toujours du même type que les cellules para-malpighiennes normales et en présentent tous les détails de structure

- elles sont toujours limitées du tissu conjonctif voisin par la membrane basale.

Si la continuité de la couche des cellules cubiques disparaît, si la basale se rompt et si les cellules néoformées font irruption sans ordre dans le tissu conjonctif, le papillome est en train de subir une transformation épithéliomateuse.

2 - L'axe vasculo-conjonctif prend une allure inflammatoire très marquée :

- les vaisseaux sont alteres dans leurs parois et très dilates

- les cellules migratrices sont très nombreuses

Mais cette distinction, toute théorique, entre une prolifération bénigne et maligne, ne peut être affirmée a priori.

La transformation d'un polype bénin en cancer papillaire n'est pas admise par tous les anatomo-pathologistes mais elle est redoutée

des urologues qui, à la suite d'ALBARAN, font toutes réserves sur les possibilités évolutives d'une tumeur jugee histologiquement bénigne.

Les auteurs américains, adoptant la classification de BRODERS, ne distinguent pas expressément tumeurs bénignes et malignes, mais assignent aux papillomes le degré n°1.

MICHON et DELINOTTE, dans leur étude au Congrès d'Urologie en 1947, assimilent les possibilités évolutives d'un papillome vésical à celles de la polypose recto-colique diffuse "où il est admis que, tôt ou tard, on verra le malade mourir d'un véritable cancer alors que la structure histologique de chaque polype était de type bénin".

Ainsi l'aspect n'a pu affirmer le caractère de malignité ou de bénignité.

D'aspect identique, deux proliférations peuvent être : l'une néoplasique, l'autre bénigne.

DELARUE estime qu'il est facile d'affirmer la malignité et qu'il est impossible d'affirmer la bénignité.

Combien d'exemples de tumeurs classées cancéreuses, dont l'évolution a contredit l'examen histologique !

- Aspects macroscopiques

Le plus souvent il s'agit d'une tumeur pédiculée plus ou moins charnue, en forme d'algue, flottant dans le milieu vésical.

Ailleurs, les végétations sont plus courtes, donnant l'aspect du corail ou d'une framboise.

A côté de ces pédicules, il existe des tumeurs sessiles ; le pédicule est insignifiant, donnant une nappe papillomateuse.

Les deux formes peuvent coexister.

De fines villosités, sans infiltration, évoquent un papillome ; mais les aspects sont extrêmement trompeurs et on ne peut, en aucun cas, préjuger macroscopiquement de la nature de la tumeur.

Ces papillomes, aux divers aspects, peuvent être isolés ou bien envahir la muqueuse vésicale ; soit il s'agit d'un volumineux papillome unique ou bien, au contraire, de véritables bourgeonnements évoquant l'aspect des bruyères envahissant toute la vessie.

Mais, fait important en faveur de la papillomatose, entre les divers plages ou pédicules, la muqueuse vésicale paraît parfaitement saine, normale, sans infiltration.

Mais c'est l'étude de la basale seule qui doit guider le diagnostic histologique car il peut y avoir une anarchie cellulaire de la prolifération classant la tumeur comme maligne, sans que la basale soit le siège de la moindre transformation et restant donc, histologiquement, bénigne (voir observation n°2).

- Le siège des papillomes

Leur fréquence et leur nombre diminuent de bas en haut.

D'autre part, dans la vessie, les tumeurs sont rencontrées par ordre de fréquence décroissante au niveau du trigone et du bas-fond, à la partie moyenne et enfin au sommet où elles sont rares, sauf en cas de taille vésicale antérieure, la cicatrice constituant le lieu d'élection des recidives.

Ces villosités sont d'une grande richesse vasculaire et la fragilité de ces vaisseaux, déjà vue plus haut, explique la fréquence et l'importance des hémorragies.

- Conclusion

En conclusion à cette étude histologique, nous pouvons dire que, parmi les proliférations papillomateuses, on distingue :

I°- les papillomes, dont l'aspect macroscopique est évident.

- avec histologiquement : des digitations nombreuses formées d'un axe conjonctivo-vasculaire recouvert d'un épithélium excréto-urinaire paramalpighien fait de trois à quatre assises de cellules, dont le grand axe est perpendiculaire à l'axe conjonctif ; aucun signe de monstruosité cellulaire.

2°- les épithélioma excréto-urinaires papillaires

- avec histologiquement : des digitations plus larges des assises de cellules plus nombreuses, irrégulièrement orientées.

Des mitoses et des monstruosités nombreuses, mais l'ensemble reste très nettement excréto-urinaire.

3°- Enfin, ailleurs la prolifération papillomateuse n'est qu'un des elements d'une prolifération néoplasique qui envahit la muqueuse, la sous-muqueuse, voire la musculeuse, et à côté des plages excréto-urinaires des plages moins différenciées et même des formes épidermoïdes métaplasiques.

-:-

TRAITEMENT

-:-

LES PAPILLOMES DE LA VESSIE

La destruction des papillomes par voie endoscopique

1°- Electrocoagulation

Application au contact avec une forte intensité et un faible voltage.

2°- Etincelage

Application à distance d'une étincelle

- Cette technique paraissant moins dangereuse pour la paroi vésicale.

Il semble que l'électrocoagulation soit plus efficace sauf en ce qui concerne des minuscules polypes isolés. La destruction de la prolifération doit être complète en profondeur et surtout en périphérie. La zone électrocoagulée doit être supérieure à la surface d'implantation du polype pour brûler les éventuelles greffes de voisinage sous forme de petites saillies de la grosseur d'une épingle, souvent à peine visibles, pouvant passer inaperçues.

L'électrocoagulation peut être faite en traitement ambulatoire ou en une seule séance, selon le volume de la proliferation ou

les habitudes personnelles de l'opérateur.

Il semble qu'il soit préférable de faire l'électrocoagulation sous anesthésie générale, sauf s'il s'agit d'un minuscule polype unique, et de préference en un seul temps et large.

La résection transurétrale des papillomes

Très bonne méthode qui semble être meilleure que l'électrocoagulation.

En effet la résection endoscopique est plus large ; il faut extirper la base pédiculée ou sessile et une petite portion de muqueuse environnante. D'autre part la résection doit atteindre le plan musculaire. En pratique, il faut bien regarder avant de couper avec l'anse et atteindre en profondeur le tissu sain reconnaissable.

Lorsqu'on arrive aux structures normales de la paroi vésicale, c'est le moment où il faut arrêter la résection.

Mais malgré que l'extirpation avec l'anse soit plus radicale, elle n'est pas pour autant toujours efficace car "le papillome est l'expression d'une tendance proliférative de l'épithélium qui peut être beaucoup plus étendu que l'aire réduite du pédicule d'implantation du papillome".

C'est pourquoi nous revenons encore sur ce point : qu'il s'agisse de l'électrocoagulation ou de résection, la surface à détruire doit être supérieure à la base d'implantation.

Le traitement endoscopique des polypes permet, dans une vessie intacte et distendue, d'apercevoir plus facilement des minuscules greffes qui peuvent passer inaperçues par une vision directe sur champ opératoire.

Mais quelle que soit la méthode de traitement endoscopique, tout malade ayant subi une destruction des polypes doit revenir régulièrement pour des vérifications cystoscopiques : mensuelles au début, s'espaçant pour devenir bi-annuelles, mais continuelles, car on a vu des récidives 20 ans apres.

Traitement des papillomes par taille vésicale

L'ouverture de la vessie doit toujours être large et l'on prendra soin de noter, avant, l'aspect endoscopique.

Après l'exploration de toute la muqueuse, la conduite dépend du degré de l'envahissement.

- Un gros papillome volumineux :

soit la section au bistouri électrique, large et profonde - on ne doit pas être avare de la muqueuse - soit la cystectomie partielle.

Il semble qu'une résection électrique soit préférable à la cystectomie partielle, qu'il faut réserver pour des épithélioma avérés.

Les petits papillomes seront électrocoagulés si leur destruction n'a pas ete réalisée au préalable par voie cystoscopique.

- S'il s'agit d'un envahissement papillomateux plus ou moins étendu :

Nous pensons qu'un large épluchage à l'anse et électrocoagulation s'imposent. On peut enlever de très grandes quantités de muqueuses.

Après l'intervention, la vessie ne sera fermée que partiellement sur sonde de Marion.

Enfin il est des cas, où il faut envisager une cystectomie totale.

L'envahissement de la vessie étant complet au-delà de toute thérapeutique jusqu'ici envisagée. Operation grave, dont l'indication doit être justifiée et qui entraîne le problème de la dérivation haute des urines ou une néovessie.

Traitement radiothérapique

Employé seul ou associé soit au traitement endoscopique soit à l'exerèse.

Radiumthérapie

Soit l'introduction du radium au voisinage de la tumeur par l'intermédiaire d'une sonde.

Soit les aiguilles de radium piquées autour et dans la tumeur avec ou sans exerèse.

En fait, le plus souvent, on procède à un épluchage maxima que l'on complète par les aiguilles de radium. Nous pensons que la radiumthérapie, si elle est justifiee dans le cas d'une tumeur maligne infiltrée, ne saurait être employée systématiquement pour des papillomes. Outre l'évolution, absolument imprévisible des papillomes, la radiumthérapie entraîne la plupart du temps des dy-

suries très pénibles, et des cystalgies très violentes. Certains auteurs ont proposé des instillations d'hydrocortisone dans la vessie pour diminuer les cystites et les dysuries après ce traitement.

Traitements divers

(d'après le rapport de MICHON et DELINOTTE)

Certaines médications chimiques ont été employées dans le traitement des papillomes. C'est ainsi que FEY et LANGRES rapportent une observation où les instillations de nitrate d'argent ont amené la régression de la tumeur. Certains auteurs emploient de même des lavages à vessie ouverte avec l'alcool à 95° pour empêcher le retour des récidives. KIRWIN, en plus de l'alcool, emploie la glycérine phéniquée à 50 p.cent. Cet auteur admet en effet l'idée d'un virus filtrant, adoptant par conséquent les conclusions des travaux expérimentaux de BORREL. PRAETORIUS a préconisé l'instillation à vessie vide de 10 cc de collargol, tous les 3 jours.

LES PAPILLOMES PYELO-CALICIELS ET URETERAUX

Très schématiquement, deux conduites thérapeutiques :

- soit la néphro-urétérectomie totale avec ablation de la collerette vésicale

- soit, s'il s'agit d'un papillome de l'uretère, l'ablation de la tumeur au niveau du pédicule ou bien exerèse d'un tronçon permettant la plastie de l'uretère.

TRAITEMENT DE LA PAPILLOMATOSE VESICALE PAR INSTILLATIONS DANS LA VESSIE D'UNE SUBSTANCE ANTIMITOTIQUE

Nous rapportons ici le travail des Docteurs JONES et SWINNEY sur le traitement des tumeurs vésicales par un agent alkylant (triéthylène tiophosphoramide) instillé directement dans la vessie.

Après cet exposé, qui va constituer les bases du traitement, nous presentons une observation de l'application de ce traitement dans le cas de papillomatose diffuse dont les résultats nous ont paru très intéressants.

"L'un des principaux problèmes, se posant à "l'urologue, est le malade dont la vessie "est le siège de multiples tumeurs papillo- "mateuses.

"Les tumeurs papillaires sont surtout soi- "gnées par technique endoscopique et, dans "notre expérience, la majorité des cas est "déjà sous traitement. Mais quand le nombre "de tumeurs devient considerable, une autre "méthode de traitement doit être choisie. "Dans le temps, nous utilisions l'or colloï- "dal radioactif ainsi que le cobalt radio- "actif avec du brome pour traiter les cas "de ce genre.

"Les résultats des deux méthodes ont été dé- "cevants.
"Plus récemment, nous avons utilise des "radiations externes.

"Ces dernières années, un intérêt considé- "rable s'est développé pour les médicaments "anti-cancéreux, notamment les agents alky-

"lants, anti-métaboliques et actinomycines, "ainsi que dans le traitement de produits "des épanchements néoplasiques pleuraux et "péritonéaux, ces produits, directement instil- "lés, ont maintenant remplacé les isotopes "radioactifs. Ceci nous conduit à envisager l'administration de ces produits dans le "traitement des tumeurs papillomateuses mul- "tiples de la vessie et dans la stabilisation "de son extension.

"Les effets de son application sur la tumeur "cancéreuse ressemblent aux effets des radia- "tions ionisantes et, en général, les tumeurs "les plus radio-sensibles répondent le mieux "à l'action toxique des produits alkylants, "c'est pourquoi ces médicaments sont souvent "appelés radiomimétiques. La plupart des tu- "meurs de la vessie sont moyennement radio- "sensibles.

"Le thiotepa fut choisi pour les premiers "essais cliniques : 2 facteurs doivent être "envisagés pour le choix de l'application - "l'action de l'agent alkylant sur l'épithé- "lium normal de la vessie ainsi que le pou- "voir d'absorption de ce médicament par la "vessie.

"Le thiotepa est une substance relativement "peu toxique et sans les propriétés irritan- "tes des moutardes à l'azote et son injec- "tion dans les tissus normaux provoque peu "d'effets locaux allant à l'encontre de ce "produit, quoi qu'il doive produire la nécro- "se des tissus composés de cellules à division "rapide. Les cellules dont les divisions mi- "totiques sont plus lentes semblent être re- "lativement moins touchées. L'epithélium de "la vessie normale fait partie de la dernière "catégorie et l'instillation de thiotepa dans

"la vessie semble être un procédé sans dan-
"ger. BATEMAN (1955) raconte avoir instillé
"du thiotepa dans la vessie d'un malade
"ayant un cancer avancé, une dose totale de
"250 mg, aucun effet nocif pour la vessie
"n'a pu être observé. La quantité totale,
"susceptible d'être instillée dans la vessie
"sans danger, est limitée par la quantité
"absorbée dans la circulation generale.

METHODES

- L'absorption des produits chimiques par la vessie

"MALUF (1953-1955) montre que la vessie agit
"comme une membrane permeable permettant
"l'absorption de certains produits chimiques
"par simple diffusion. L'urée, l'eau, le
"sodium et le chlore sont tous absorbés dans
"une certaine mesure. L'iodure de sodium et
"l'acetrizoate de sodium (UROKON) furent
"tous les deux absorbés à partir de solutions
"concentrees de manière à rendre possibles
"les pyélographies. YEATES (1960), qui tra-
"vaillait avec des sulfonamides diverses
"note l'importance du poids moléculaire
"dans l'absorption de la vessie : la sul-
"phacetamide était absorbée et pouvait être
"retrouvée dans le sang tandis que la sul-
"phanilamide et la sulphasolucine ne
"l'étaient pas. On voyait donc que les subs-
"tances, au poids moleculaire superieur à
"200, n'étaient pas absorbees ; celles, d'un
"poids moléculaire inférieur, sont absorbées
"par simple diffusion : le taux dépendant de
"la concentration differentielle entre le
"plasma et l'urine dans la vessie.

"Le poids moléculaire du thiotepa est de "189 : il doit donc être absorbé. Un essai "fut fait par une méthode chimique pour es- "timer la quantité absorbée. La solution "glucosée fut instillée dans la vessie et "3 h plus tard aucune absorption n'était re- "marquée ; on retrouvait seulement le glucose "introduit.

"Par une technique similaire 30 mg de thiote- "pa dans 100 cc d'eau distillée furent intro- "duits dans la vessie de deux malades présen- "tant des tumeurs papillomateuses multiples. "Après 3 h, les vessies étaient vidées et soigneusement lavées, les produits de lavage "étant additionnés à l'urine. Dans chaque cas, "on récupérait environ 20 mg de thiotepa de "la vessie, un tiers du produit étant absorbé.

- La Posologie

"Le dosage était calculé sur la présomption "qu'un tiers du produit serait absorbé. Nous "donnions d'abord de petites quantités de "produit et puis nous augmentions progressi- "vement la quantité jusqu'à un total de "300 à 400 mg, en quantités séparées répar- "ties sur 8 à 14 jours. L'absorption d'un "tiers soumet le sujet à une dose de 100 "à 135 mg.

"Les doses de 30 mg dans 50 cc d'eau furent "d'abord instillées et augmentées progressi- "vement jusqu'à 90 mg dans 50 cc d'eau. Qua- "tre doses furent données; dans chaque cas, "tous les deux ou trois jours ; le médica- "ment a été retenu trois heures. Récemment "deux malades ont reçu quatre doses indivi- "duelles de 120 mg.

- Technique d'administration

"Le malade est soumis à un régime de res-
"triction liquidienne. On introduit une
"sonde et, la vessie vide, on instille le
"médicament. On retire la sonde et on demande
"au malade de ne pas uriner pendant 3 h. On
"donne, à titre prophilactique, un antibio-
"tique urinaire. Une formule sanguine est
"faite au début du traitement et ensuite
"tous les 8 jours pendant un mois.

"16 malades ont été choisis pour ce traite-
"ment. La principale indication est la pré-
"sence de tumeurs papillomateuses multiples
"sans signe clinique d'infiltration.
"12 malades relèvent de cette catégorie.
"1 malade, présentant une seule tumeur papil-
"lomateuse sur la paroi droite de la vessie,
"a été pris pour ce traitement en raison d'un
"rétrécissement urétral.
"A l'examen histologique, dans chaque cas,
"la tumeur s'est révélée être maligne, sans
"aucun signe d'infiltration.
"3 malades, ayant un cancer récurant infil-
"tré, après radiothérapie y furent ajoutés
"dans l'espoir de voir réduire leur hématurie.

- Résultats

"Les effets du thiotepa sur les fonctions
de la vessie

"3 malades ont eu une infection urinaire et
"dysurie.

"Dans un cas, le traitement fut abandonné
"après deux instillations. Chez tous les
"trois, un Colibacille fut mis en évidence
"à partir de l'urine et les symptômes décru-

"rent rapidement après absorption d'un an-
"tibiotique. Le rôle joué par le thiotepa,
"dans l'apparition de cette infection n'est
"pas clair ; mais il semble, très probable-
"ment, que des sondages intermittents étaient
"la cause de l'infection.

- Complications provoquées par l'absorption du médicament

"Chez 2 malades la formule sanguine changeait.
"Chez le premier, qui avait reçu deux doses
"de 90 mg, le total des leucocytes tombe à
"2.000, le taux leucocytaire devenant normal
"en 7 jours.

"Chez le second, apparition de purpura hé-
"morragique, dont la formule est :
"leucocytes 2.000 - plaquettes 100.000.
"La leucopénie tombe jusqu'à 350 au 21e jour.
"La cortisone et les antibiotiques furent
"donnés et la formule sanguine redevient peu
"à peu normale en 7 jours.

"Ces cas ont prouvé que des doses importantes
"de thiotepa sont absorbées par la vessie.
"Le pronostic initial d'une absorption d'un
"tiers, pour une durée de 3 h, est probable-
"ment exact. Nous pensons qu'une dose indi-
"viduelle de thiotepa de 90 mg, dissoute
"dans 50 cc d'eau distillée, et donnée qua-
"tre fois toutes les 48 h, est probablement
"la dose maximale de sécurité. A cette dose,
"le nombre de globules blancs peut occasion-
"nellement diminuer.

- Les effets sur la tumeur

"Pour les cas que nous avons envisagés,
"l'effet commence au bout de six semaines

"et l'effet maximum est mis en évidence à "partir de 12 semaines. Nous avons délibéré- "ment choisi des malades ayant de petites "tumeurs multiples car ils semblent être les "plus réceptifs. Avec des tumeurs volumineuses, "nous pensons que le médicament ne pénètre "pas suffisamment ; cela a été confirmé en "pratique. Les tumeurs volumineuses sont res- "tées intactes et l'effet le plus satisfaisant "a été constaté quand les tumeurs avaient "0,5 cm de diamètre.

"13 malades avec des tumeurs papillomateuses "ont été traités. Dans deux cas, rien ne "fut observé ! Le premier avait une tumeur "volumineuse et faisait partie de notre sé- "rie, car la résection endoscopique s'avérait "impossible. Le second avait des tumeurs mul- "tiples s'étalant sur le fond de la vessie "et sur l'urètre postérieur.
"3 malades réagirent incomplètement ; chez "deux d'entre eux, un grand nombre de petites "tumeurs papillomateuses disparurent lais- "sant quelques papillomes. Le troisième ma- "lade n'a été suivi que six semaines et, "seul, un résultat partiel a été obtenu après "ce laps de temps.

"Chez 8 malades, les tumeurs papillomateuses "multiples ont presque totalement disparu ; "deux de ces malades ont nécessité deux pé- "riodes de traitement pour obtenir ce résul- "tat, alors que 4 nécessitaient une électro- "coagulation des petites tumeurs résiduelles "qui auraient disparu à la dose suivante de "thiotepa.

- Effet sur hematuries

"Chez 3 malades avec des cancers infiltrés "et hématurie persistante, l'hématurie s'ar-

"rête chez le premier, a considerablement
"diminué chez le deuxième mais ne réagit
"pas chez le troisième.

- Discussion

"Nos séries étaient petites et le recul
"insuffisant ; il semble évident que le
"thiotepa introduit dans la vessie peut tota-
"lement, ou partiellement, détruire certaines
"sortes de tumeurs papillomateuses mais n'a
"pas d'effet nuisible sur l'épithélium vési-
"cal normal.

"La concentration du médicament et la durée
"de contact avec la tumeur sont très impor-
"tantes. Nous pensons que la plus grande
"concentration du produit que la vessie
"peut supporter doit être administrée car
"le produit est progressivement dissous par
"l'urine. La concentration du produit peut
"être augmentée et le temps de traitement
"allongé par une dérivation des urines par
"des sondes urétérales. Moins de medicament
"peut être alors donne et l'effet général
"de l'absorption diminué. Mais ce qui mainte-
"nant est une technique relativement simple
"peut se compliquer d'un envahissement tumo-
"ral et d'une infection s'étendant plus
"haut dans le tractus urinaire. Depuis que
"nous avons obtenu un effet thérapeutique
"sans ce procédé de dérivation et que l'ab-
"sorption du produit était bien tolérée, nous
"n'employons plus cette méthode de dériva-
"tion.

"Ultérieurement, on doit faire un choix cli-
"nique avec des médicaments anti-tumeurs.
"Une méthode de choix de la sensibilité d'une

"tumeur spécifique à un agent spécifique "serait souhaitable. Une culture de tissus "pourrait donner le renseignement. Nous espé- "rons que le procédé peut être amélioré dans "le traitement des tumeurs papillomateuses "de la vessie, soit seul, soit comme complé- "ment des techniques endoscopiques.

- En résumé

Les tumeurs de la vessie ont été traitées par injection d'un agent alkylant (le thiotepa) directement dans la vessie. Sur 13 malades avec des tumeurs papillaires, on observe 8 succès complets.

Le thiotepa semble agir de préférence sur les petites tumeurs.

°°°

OBSERVATION

Mr. BO... Jean - 64 ans

En juin 1960 : vient consulter pour hematurie première hématurie en 1942.

- Cystoscopie : on découvre alors un polype que l'on électrocœgule.

- Aucun contrôle endoscopique de 1942 à 1960

En juin 1960

- Cystoscopie : on découvre plusieurs polypes. Vu le nombre, on intervient par taille : épluchage à l'anse et électrocoagulation.

Suites opératoires normales, quitte le service fin juillet 1960.

En novembre 1960

- Examen cystoscopique révèle : nombreuses repousses de petites tailles, dont on fait l'électrocoagulation par voie endoscopique.

En décembre 1960 : phénomenes de cystite intense :
- urines troubles
- désinfectants urinaires
- instillation de nitrargol

- Amélioration des phénomènes urinaires, mais persistance des formations papillomateuses.

En janvier et avril 1961 : électrocoagulation par voie endoscopique.

En juin 1961

- nouvelle cystoscopie montre un envahissement considérable de la muqueuse vésicale par des formations papillomateuses.

- on pratique une nouvelle taille : on trouve l'aspect macroscopique typique de la papillomatose vésicale, sans aucune infiltration. Epluchage à l'anse et électrocoagulation. Fermeture sur sonde de Marion.

Suites opératoires normales, quitte le service environ un mois après l'intervention.

Compte-rendu histologique :

Des multiples fragments d'une tumeur papillaire dont les axes conjonctivo-vasculaires

sont grêles. Il n'existe pas de plaque de nécrose, mais les anomalies cytologiques sont nombreuses.

La tumeur est peu infiltrante.

En septembre 1961, donc deux mois environ après son intervention : vient à nouveau consulter.

- On constate à la cystoscopie une papillomatose diffuse. Donc, en deux mois, il eut la cicatrisation et repousse exactement comme avant l'intervention.

Du point de vue fonctionnel, le malade présente des périodes de cystite, dysurie, entrecoupées d'accalmies.

En octobre 1961

- Urographie intra-veineuse montre une sécrétion normale des deux côtés. Ptose du rein droit.

- Morphologie pyélo-calicielle normale
- Irrégularité de l'uretère pelvien gauche, avec rétrécissement de la partie toute inférieure. Vessie petite, irrégulière, avec des proliférations retentissant vraisemblablement sur l'uretère gauche.

- L'état général reste bon, mais les signes urinaires deviennent de plus en plus gênants (dysurie, pollakiurie, quelques hématuries - quoique modérées) et nous lui proposons une cystectomie totale avec dérivation haute des urines.

- Le malade demande un délai de réflexion et nous ne le revoyons plus pendant six mois.

Durant ces six mois, il a consulté plusieurs éminents urologues parisiens qui, tous unanimes, lui ont offert la même solution : cystectomie totale.

En juin 1962 il rentre dans le service, résigné, pour une cystectomie totale, les signes urinaires (pollakiurie - toutes les 5 à 10 minutes jour et nuit, brûlures, dysurie) étant devenus insupportables.

- A la cystoscopie, nous voyons un envahissement absolument total de la muqueuse vésicale par les franges papillomateuses typiques. Aucune trace des interventions antérieures. On ne voit que des franges volumineuses flottant dans le liquide vésical.

C'est alors que nous essayons, à la suite des travaux des Docteurs H.C. JONES et John SWINNEY de Newcastle, le traitement par le triethylène-thiophosphoramide.

Nous instillons à notre malade, deux fois par semaine, 50 mg de produit dilué dans 40 cc d'eau et cela pendant quatre semaines, soit au total une dose de 400 mg. Au début le malade ne peut garder les instillations que quelques minutes. A la fin de la première semaine, il arrive à 1/4 h et les signes urinaires s'amendent de jour en jour.

- Le contrôle hématologique bi-hebdomadaire a montré une très bonne tolérance du produit. Malgré la dose totale considérable du médicament, la formule sanguine était peu modifiée.

- Au début du traitement (26 juin 1962) :

Hématies	4.600.000	(Neutrophiles	55 %
Leucocytes	9.500	(Eosinophiles	6 %
Hémoglobine	90 %	(Basophiles	1 %
		(Monocytes	6 %
		(Lymphocytes	32 %

Glycémie ..... 0,96 g °/₀₀

Urée ..... 0,42 g °/₀₀

Protides totaux ..... 66 g °/₀₀

Electrophorèse	(Albumine	55 %
	(α 1	7 %
	(α 2	8 %
	(β	12 %
	(γ	18 %

Le 9 juillet 1962, deux semaines après le début, donc environ au milieu du traitement, nous trouvons :

Hématies	4.900.000	(Neutrophiles	61 %
Leucocytes	7.500	(Eosinophiles	0 %
Hémoglobine	95%	(Basophiles	0 %
		(Monocytes	2 %
		(Lymphocytes	37 %
		(Plasmocytes	1 %

Glycémie ..... 0,77 g °/₀₀

Urée ..... 0,32 g °/₀₀

Le 16 juillet 1962, apres la 8e instillation, nous trouvons :

Hématie	4.900.000	(Neutrophiles	47 %
Leucocytes	4.800	(Eosinophiles	6 %
Hémoglobine	95 %	(Basophiles	0 %
		(Monocytes	7 %
		(Lymphocytes	40 %

Glycémie ..... 0,84 g °/₀₀

Urée ..... 0,33 g °/₀₀

Le 27 juillet 1962, six jours après la dernière instillation :

Hématies	4.300.000	(Neutrophiles	57 %
Glycémie	4.000	(Eosinophiles	1 %
Hémoglobine	90%	(Basophiles	0 %
		(Monocytes	1 %
		(Lymphocytes	41 %

Le 3 août 1962 :

Hématies	4.300.000	(Neutrophiles	46 %
Leucocytes	5.300	(Eosinophiles	1 %
Hémoglobine	90%	(Basophiles	0 %
		(Monocytes	1 %
		(Lympnocytes	52 %

- A la fin du traitement, le malade va parfaitement bien.

- A la cystoscopie, vers la 3e semaine du traitement, est apparue une zone noirâtre sphacélée de plusieurs franges.

- Après le traitement, environ 10 jours après la dernière instillation, nous avons pu constater à la cystoscopie une zone de muqueuse absolument saine, de surface de 4 cm de côté environ, au milieu de la base et une autre zone plus petite, un peu en avant et à gauche de la précédente.

- Tout le reste de la vessie était encore couvert de papillomes.

- Nous décidons de laisser sortir le malade, qui part en vacances et qui, pour la première fois depuis deux ans, urine à peu près normalement. Les signes urinaires ont presque totalement disparu et c'est un homme heureux qui quitte le service sans appareillage, sans une derivation des urines .

- Nous revoyons notre malade fin septembre 1962 : très bon état général. Presente légère dysurie en fin de miction. Dit avoir éliminé en urinant, pendant un mois, des débris noirâtres.

- A la cystoscopie, nous voyons la première plage toujours saine, dont la dimension n'a pas varié, la deuxième considérablement agrandie. Il reste néanmoins un nombre de papillomes considérable.

- Nous décidons de faire une deuxième série d'instillations et le malade rentre dans le service.

Nous commençons les instillations toujours avec 50 mg de thiothepa (1), dilués dans 40 cc d'eau et prévoyons une série de 10 instillations, soit au total une dose de 500 mg, une instillation tous les 2 jours.

Le 10 octobre 1962, avant le traitement nous avons :

Hématies	5.200.000	(Neutrophiles	66 %
Leucocytes	9.100	(Eosinophiles	5 %
Hémoglobine	100 %	(Basophiles	1 %
		(Monocytes	6 %
		(Lymphocytes	22 %

Glycémie ..... 0,89 g °/₀₀

Urée ..... 0,40 g °/₀₀

Protides totaux ... 66 g °/₀₀

Electrophorèse	(Albumine	56 %
	(α 1	5,5 %
	(α 2	9 %
	(β	13 %
	(γ	16,5 %

---

(1) Triéthyle-triphosphoramide

Le 15 octobre 1962, après 3 instillations que le malade arrive à garder plus d'une heure, nous avons :

Hématies	4.600.000	(Neutrophiles	59 %
Leucocytes	6.100	(Eosinophiles	4 %
Hémoglobine	95%	(Basophiles	0 %
		(Monocytes	3 %
		(Lymphocytes	33 %

Le 18 octobre 1962, après 5 instillations : diminution de l'appétit, le malade se sent légèrement fatigué. Pas de signes urinaires : garde les instillations pendant 1 h 1/2 environ. La formule sanguine est alors :

Hématies	4.600.000	(Neutrophiles	73 %
Leucocytes	4.900	(Eosinophiles	2 %
Hemoglobine	59%	(Basophiles	0 %
		(Monocytes	2 %
		(Lymphocytes	23 %

Protides totaux 82 g °/oo

Electrophorèse	(Albumine	61 %
	(α1	7 %
	(α 2	8 %
	(β	10 %
	(γ	14 %

Devant la leucopénie, nous mettons le malade au leuco-4 (4 comprimes de 10 mg par jour), et après la 6e instillation, nous avons :

le 22 octobre 1962

Hématies	4.500.000	(Neutrophiles	67 %
Leucocytes	5.800	(Eosinophiles	1 %
Hémoglobine	95%	(Basophiles	1 %
Plaquettes	250.000	(Monocytes	5 %
		(Lymphocytes	26 %

- L'état général est bon, les urines sont troubles contenant une quantité importante de débris muqueux.

Le 25 octobre 1962, soit après la 8e instillation, nous voyons à la cystoscopie la confluence des deux plages nettoyées précédemment. Ainsi la vessie est saine sur une zone partant du milieu de la base et s'élargissant en éventail jusqu'au col de 4 à 6 h.

Le reste de la vessie est couvert encore de formations papillomateuses. Mais leur aspect s'est considérablement modifié (semblent fanées sans aucune vascularisation flétries) ne présentant plus leur morphologie habituelle.

Le 27 octobre 1962 : le malade se sent fatigué et perd l'appétit. Il a alors une leucopénie à 2100. Nous décidons d'arrêter les instillations. La dose totale a été de 450 mg, 9 instillations de 50 mg chacune.

La formule blanche continue à diminuer pour atteindre 1000 leucocytes 5 jours après la dernière instillation. Nous mettons le malade à la corticothérapie, sous couvert d'antibiotiques (il avait un sulfamide urinaire depuis le début du traitement) et la formule sanguine s'améliore.

Le 1er novembre 1962

Hématies	4.900.000	(Neutrophiles	38 %
Leucocytes	1.500	(Eosinophiles	0 %
Hémoglobine	95%	(Basophiles	0 %
Plaquettes	74.000	(Monocytes	7 %
		(Lymphocytes	52 %
		(Plasmocytes	3 %

Le 5 novembre 1962

Hématies	4.900.000	(Neutrophiles	4 %
Leucocytes	2.900	(Eosinophiles	1 %
Hémoglobine	95%	(Basophiles	0 %
Plaquettes	135.000	(Monocytes	9 %
		(Lymphocytes	85 %
		(Plasmocytes	1 %
		(Normoblastes	1 %

- L'état général du malade s'est admirablement bien conservé malgré la leucopénie. La fatigue a diminué et l'appétit est revenu.

Du point de vue urinaire, l'élimination des débris est considérable et les urines sont souvent hémorragiques. On assiste à un véritable décapage de la vessie. Le malade urine en moyenne toutes les 2-3 h. Il semble donc que l'intérêt de ce traitement réside non pas tant dans la guerison, c'est-à-dire la disparition de toutes les formations papillomateuses, que dans la diminution voire dans l'arrêt du potentiel du "génie évolutif" de ces proliférations.

En effet, si dans le cas que nous présentons, il s'est formée une zone saine après le traitement, ce qui est remarquable, c'est qu'aucune nouvelle repousse n'est apparue depuis 6 mois.

Nous pouvons maintenant envisager chez ce malade, à nouveau, une électrocoagulation des papillomes restants, soit par voie endoscopique, soit par taille vésicale.
Le recul de cette observation n'est pas suffisant, mais même si la guérison ne doit pas être définitive, le moment de cystectomie totale est reculé. Ce sursis, quelle que soit sa durée, est énorme pour le malade.

Conclusion

Nous pensons que l'utilisation de ce traitement doit être posée dans des cas bien précis : papillomatose diffuse au delà de toute thérapeutique actuelle (sauf la cystectomie). Mais il serait intéressant de l'appliquer en symbiose avec les traitements classiques actuels. Précédant ou suivant une électrocoagulation : il doit freiner le potentiel évolutif des proliférations.

Il constitue néanmoins une thérapeutique dangereuse. La posologie doit être bien adaptée à chaque cas (350 à 450 mg de triéthylènethiophosphoramide) et la formule sanguine nécessite un contrôle rigoureux bi ou trihebdomadaire pendant et après le traitement, l'action de la drogue s'étendant à plusieurs semaines après la dernière instillation.

°°°

ADDENDUM

Depuis le dépôt de ce travail, des faits nouveaux sont apparus.

Alors que le malade allait mieux, et que sa formule s'améliorait progressivement, six jours après, se constituent :

- un état fébrile à 39-40 (malgré l'antibiothérapie)

- une rechute de la leucopénie et le malade meurt dans un état de septicemie et de collapsus que l'on peut interpreter de la ma-

nière suivante : collection purulente découverte à l'autopsie chez un sujet ayant perdu ses moyens de défense.

A l'autopsie :

(Pour des raisons familiales, l'autopsie n'a pu être complète, seule la vessie a été extirpée).

On note :

- Macroscopiquement

La muqueuse vésicale est saine sur la totalité de la surface, sauf deux petites formations papillomateuses, l'une à 10 h, l'autre à 2 h, contrastant avec l'aspect de la dernière cystoscopie ou les 3/4 de la vessie étaient encore couverts de proliférations papillomateuses.

Par ailleurs, à signaler un abcès purulent de la paroi vésicale.

- Microscopiquement

L'examen histologique des multiples fragments permet de reconnaître :

I°- une petite formation papillomateuse constituée par une prolifération pluristratifiée de cellules ne presentant pas d'anomalies importantes.

L'axe conjonctivo-vasculaire est grêle. On ne trouve pas au niveau de ce papillome de caractères de malignité.

2°- Une paroi vésicale dont la muqueuse paramalpighienne est abrasée superficiellement ou subnormale. Elle repose sur un tissu

conjonctif adénomateux richement vascularisé. On ne trouve nulle part de foyer tumoral au sein de la musculeuse.

Il résulte de cette observation que :

- le triéthylène thiophosphoramide constitue un produit extrêmement actif, efficace et toxique ;

- la dose totale ne doit pas dépasser 400 mg, répartis sur 3 à 4 semaines, pour une conservation vésicale de chaque instillation d'une heure environ ;

- si une série d'instillations n'est pas suffisante, la deuxième série ne doit être entreprise qu'après un repos de 4 à 5 mois ;

- enfin la surveillance de la formule sanguine doit être rigoureuse et les instillations suspendues si la leucopénie descend à 3000 globules.

-:-

Dans les pages qui vont suivre, nous présentons quelques observations caractéristiques des divers aspects des proliférations papillomateuses et de leur évolution.

(Nous remercions M. DELINOTTE qui nous a permis de puiser dans ses archives quelques observations particulièrement intéressantes).

OBSERVATION n°1

Mme SAIL... S. 64 ans

En 1945 : plusieurs hématuries

- Cystoscopie et électrocoagulation des polypes
- Récidive un an après : nouvelle électrocoagulation. Puis récidive tous les 6 mois : de nouveau, traitement par électrocoagulation.

- Se plaint en outre de douleur lombaire gauche.

Le 18 mars 1960 est hospitalisée : hématurie microscopique.

- Cystoscopie : polypes de la grosseur d'une noisette sur le trigone ainsi que sur le col de 5 à 7
(O.U.D. normal
(O.U.G. marqué par un polype sphacélé
(qui paraît en sortir.

- Urographie intra-veineuse : rein gauche muet
- U.P.R. : l'uretère pelvien gauche est rempli de polypes, dilatation sus-jacente ; au-dessus de cette dilatation, l'injection ne passe pas.

Le 31 mars 1960 : intervention : urétéro-néphrectomie gauche, avec ablation de la collerette vésicale. La pièce montre des polypes de l'uretère : l'hydronéphrose du rein. Il reste un peu de parenchyme sain : papillomatose du bassinet.

Suites opératoires normales.

Quitte le service le 22 avril 1960.

- Examen anatomo-pathologique : les différents fragments prélevés montrent partout le même aspect d'une muqueuse hyperplas-que papillaire et polypeuse, sans aspect tumoral et sans envahissement de la paroi.

Le 23 juin 1960 :

- Hématurie
- Dysurie
- Dans l'obligation de pousser pour uriner

- Cystoscopie : cystite généralisée
  pas de récidive apparente
  résidu 225 cc

- Uréthroscopie : col saillant, ne s'abaissant pas aux efforts de miction.

Le 20 février 1961 : urétroscopie

Récidive sur le bord droit et inférieur du col. On pratique une résection semi-circulaire du col. Orifice urétéral non visible, bonne hémostase, sonde à demeure.

Suites opératoires normales - ablation de la sonde résidu 20 cc.

Le 1er mars 1961 quitte le service en bon état général.

- Examen anatomo-pathologique : tumeur papillaire de la vessie, du type excréto-urinaire, avec des axes collabés. Les travées conjonctives sont respectées, legerement inflammatoires ; un tel aspect traduit une tumeur papillaire de la classe II, dont les récidives locales sont fréquentes.

En avril 1961 : revue pour cystoscopie ; vessie saine. N'est pas revenue depuis.

°°°

OBSERVATION n°2

Mr. MA.., Paul 63 ans

11 juin 1960 : vient consulter pour cystite, brûlures à la miction, quelques crises analogues en 1958 et 1959, et une fois hématurie.

- Urographie intra-veineuse : normale
- Cystoscopie : - tumeur antéro-latérale gauche sphacélée par endroits

22 juin 1960 : intervention par taille, tumeur de la grosseur d'une pièce de 2 Fr, large base souple ; résection à l'anse électrique large et 4 aiguilles de radium. On prélève deux fragments pour l'examen histologique de la tumeur : le sommet et la basale. Il s'agit d'une tumeur papillaire végétante, infiltrante, dont les axes conjonctivo-vasculaires sont grêles.

- A l'examen histologique de la bordure, après résection, on ne trouve pas d'éléments tumoraux sur les fragments prélevés.

Suites opératoires normales , le malade quitte le service fin juillet 1960.

4 octobre 1960 : très bon état général a repris 8 kg et éliminé, paraît-il, 5 petits calculs.

- Cystoscopie : - cicatrice frangée
  - calculs

- Extraction des calculs (lithotricie)

- Les urines sont troubles : instillation de nitrate, elles deviennent claires.

Jusqu'en mars 1961 le malade fabrique de nombreux calculs, qu'il expulse seul.

En mars 1961 : nouvelle lithotricie.
- Cystoscopie : vessie saine.

En juin 1961 : il semble y avoir un petit bourgeon qui correspondrait à l'endroit où se trouvait la première tumeur.
On procede à l'etincelage.

En septembre 1961	: cystoscopie	: normale
En octobre 1961	: cystoscopie	: normale
En février 1962	: cystoscopie	: normale

o°o

OBSERVATION n°3

Mr. GOU... Raymond 66 ans

Depuis plusieurs années : hématuries intermittentes (2 à 3 fois par an). Aucune douleur , Pas de pollakiurie , Tension artérielle 13-7 , Urines claires , Toucher rectal normal , Examen radiologique normal.

- Examen cyto-bactériologique des urines : quelques cellules, quelques hématies, pas de leucocytes, ni cylindres, ni cristaux, pas de germes.

- Cystoscopie : nombreux polypes aréolés.

- Urographie intra-veineuse : normale

9 janvier 1954 : Etincelage sous anesthésie épidurale

18 septembre 1954 : petit polype, on pratique à nouveau l'étincelage.

20 novembre 1954 : cystoscopie, pas de polype, vessie saine

8 septembre 1955 : petite repousse au même endroit que la première ; nouvel étincelage.

octobre 1955 : cystoscopie : normale
octobre 1956 : cystoscopie : normale
septembre 1957 : pas de repousse
avril 1958 : cystoscopie : pas de repousse
mai 1959 : vessie saine
novembre 1959 : vessie saine
novembre 1960 : vessie saine
mai 1961 : vessie saine

Ce malade semble donc être guéri depuis 6 ans.

o°o

OBSERVATION n°4

Melle JOS.... Marguerite 47 ans

17 octobre 1960 : hospitalisée pour coliques néphrétiques et hématuries.

En janvier 1957 : première hématurie, avec douleur lombaire.

Un mois après, nouvelle récidive, avec co-

liques néphrétiques très fortes, qui durent quelques heures, suivies d'élimination de caillots et de pus.

- Examen cyto-bactériologique des urines : colibacilles, traités par le Rufol.

Le 25 février : U.I.V. - pas de calcul visible.

- à droite : normale
- à gauche : très légère dilatation pyélocalicielle et petit retard de leur évacuation.

en mars : petite hématurie
en avril : coliques néphrétiques
en août : cure à la Preste
en septembre : petite hématurie
avril 1958 : très forte hematurie avec caillots et coliques néphretiques
mai 1958 : cystoscopie : normale
U.P.R. : à gauche : normale
à droite : la sonde est bloquée au niveau de L4

août 1958 : 2e cure à la Preste
fin septembre : hématurie

En 1959 : rien à signaler, légère gêne fosse lombaire droite.
3e cure à la Preste.

En 1960 : mai : légère hématurie
juin : légère hématurie
août : 4e cure à la Preste, pendant laquelle la malade fait une hématurie très importante qui dure 17 jours.

- Nouvelle urographie intra-veineuse :
- à gauche : normale
- à droite : bonne sécrétion, légère dilata-

tion pyélo-calicielle.
L'uretère lombaire est obstrué sur plusieurs cm, par une masse transparente que l'on vérifie par l'U.P.R.

- Cystoscopie : vessie saine.

Le 20 novembre 1960 : intervention (Lombotomie) Incision de l'uretère lombaire ; on trouve un polype , section du pedicule à la base, puis suture de l'uretère.

- Examen histologique : polype pédiculé bénin.

La malade quitte le service le 4 novembre 1960 en bon état général.

o°o

OBSERVATION n°5

Mme JOU... Alexandra - 58 ans

Le 27 octobre 1958 : se plaint de douleur lombaire

- Examen cyto-bactériologique des urines : normal.
- Urographie intra-veineuse : rein gauche complètement exclu.
- U.P.R. : uretère dilaté.

Très faible injection pyélo-calicielle, après un defilé urétéral.

- On pense à une tuberculose réno-urétérale gauche.

On pratique une néphro-urétérectomie gauche, sans ablation de la collerette vésicale (la malade très obèse, grosse épiploocelle inguinale irréductible).

Il reste un moignon de l'uretere de 5 cm environ.

- Examen histologique : montre qu'il s'agit d'une pyélite hémorragique avec papillomatose bénigne diffuse.
Bonne suites opératoires.

Le 21 novembre 1958 : cystoscopie vessie saine.
- La malade est revue le 8 février 1962 : ne se plaint d'aucun trouble urinaire.

Cystoscopie : vessie parfaitement saine

°°°

OBSERVATION n°6

Mme CAB... Jeanne - 59 ans

En janvier 1959 consulte pour :
- petites hématuries passagères
- cystite
- dysurie en fin de miction
- pollakiurie nocturne

Ces différents symptômes étant apparus depuis un an.

- Examen cyto-bactériologique des urines : normal

- U.I.V. (assez bonne élimination bilatérale
(morphologie normale à gauche
(à droite : rein double et dilatation
(urétéro-pyélique

- Cystoscopie : dilatation kystique de l'orifice urétéral droit.

- U.P.R. : confirme les examens précédents.

Le 22 janvier 1959 : intervention (néphro-urétérectomie droite, avec ablation de la collerette vésicale).
Les deux uretères se rejoignent quelques cm avant la vessie et, dans cette portion commune, on se trouve en présence de deux polypes.

L'anatomie pathologique confirme qu'il s'agit d'une papillomatose, sans aucun caractère de malignité.

Suites opératoires normales.
La malade quitte le service le 19 février 1959.
Va bien depuis.

o°o

OBSERVATION n°7

Mr. DUM... Joseph - 73 ans

avril 1961 : Hématuries - aucun antécédent urinaire.

- Cystoscopie : normale
- Urographie intra-veineuse : on voit une image lacunaire de la partie supérieure de l'uretère.

On pense à une tumeur et on intervient (Néphrectomie). Etant donné la longueur de la tumeur, d'une part une plastie est impossible et d'autre part la suspicion de la malignité de la prolifération de la pièce opératoire.

- Examen histologique : a démontré qu'il s'agissait d'un papillome bénin.

septembre 1961 : bon état général
septembre 1962 : va bien.

o°o

OBSERVATION n°8

Mr. OZ... Roger 58 ans

février 1960 : trois hématuries à 15 jours d'intervalle.

- Cystoscopie : papillome de volume moyen, que l'on traite par électrocoagulation.

mars 1960 : cystoscopie normale - aucune repousse - les urines sont claires.

septembre 1960 : cystoscopie normale - aucune repousse - urines claires

octobre 1960 : petites hématuries
- cystoscopie : petite repousse - on pratique alors une nouvelle électrocoagulation.

décembre 1960 : pas de repousse
mai 1961 : petite repousse - nouvelle électrocoagulation
décembre 1961 : vessie normale
juin 1962 : vessie normale
octobre 1962 : vessie normale

o°o

OBSERVATION n°9

Mr. ROB... A.. 48 ans

16 mars 1961 : hématurie totale

25 mars 1961 : urographie intra-veineuse montre une image suspecte au niveau des cavités pyélo-caliciellcs gauches.

10 avril 1961 : U.P.R. montre une image arrondie au bord supérieur du bassinet gauche.

On envisage une néphro-urétérectomie.
Pour des raisons personnelles, le malade repousse l'intervention, quitte le service et revient, pour être opéré, un mois ½ après. Au cours de cette période, l'hematurie ne s'est pas reproduite, aucun signe urinaire, et on intervient le 2 juin 1961.

- Ouverture per-opératoire du rein, ne montre pas de tumeur pyélique supposée. On renonce à l'urétérectomie.

Suites opératoires normales.

- Examen anatomo-pathologique : le rein observé ne présente nulle part d'élément macroscopique ni histologique de tumeur. On note seulement, au niveau de certaines voies excrétrices, de petites taches purpuriques comme on en trouve dans les pyélites hémorragiques. En effet, le bassinet est parfois altéré par une sclérose assez dense et des flaques hémorragiques, dans lesquelles on reconnaît un épithélium atrophique. Il faut remarquer que, parmi les "tumeurs fantômes" du rein, les modifications les plus fréquentes sont dues à des hémorragies de ce type, dites pyélites hémorragiques, dont on ne connaît pas l'origine.

Par ailleurs, le parenchyme présente des signes de souffrance avec une fibrose interstitielle et surtout une fibrose vasculaire qui diminue le calibre artériel des vaisseaux arciformes.

Conclusion : pas de tumeur visible.
pyélite hémorragique très nette.

°°°

OBSERVATION n°10

Mr. CAST... M.. 49 ans

en mai 1961 : premier examen
Le malade se plaint :
- de douleur lombaire droite depuis 10 ans
- d'une faible dysurie
- pas de pollakiurie
- urines troubles
- petite hématurie il y a un an.
- Examen : urines limpides - reins non perçus
toucher rectal normal
- Examen cyto-bactériologique : nombreuses hematies.
- Urographie intra-veineuse :énorme hydronéphrose droite de D12 à L4, vraisemblablement due à un vaisseau anormal. Rein gauche normal.

Le 25 juillet 1961 : intervention (Néphrectomie)
Rein peu dilaté, mais bassinet énorme
Uretère filiforme
A l'ouverture de la pièce : tumeur calicielle inferieure.

- Examen anatomo-pathologique : formation papillaire aux dépens des voies excrétrices. Au microscope, on constate une tumeur papillaire dont les axes sont bien individualisés et qui ne presente nulle part de pénétration en profondeur dans la sous-muqueuse.

Il s'agit d'une lésion étendue qui répond à une véritable papillomatose pyélo-calicielle. Le parenchyme rénal sus-jacent est le siège d'une inflammation discrète. Il est curieux de souligner une transition tres progressive entre l'épithélium normal et les zones papillaires.

Conclusion : papillomatose pyélique sans caractère histologique de malignité.

Le 12 août 1961 : va bien
Le 6 février 1962 : urines limpides - va bien.

o°o

OBSERVATION n°11

Mr. HOL... Marcel

En avril 1950, alors âgé de 47 ans, consulte pour :

- hématurie spontanée, indolore, totale
- aucun antécédent urinaire
- pas de signes vesicaux associés
- l'U.I.V. est normale

A la cystoscopie on découvre un petit polype au-dessus de l'orifice urétéral gauche, dont on pratique l'électrocoagulation le 6 mai 1950.

En octobre 1950, la cystoscopie de contrôle montre une cicatrice sous forme d'une cellule ronde à la place du polype électrocoagulé.

En février 1951, revient pour hématurie.
- à la cystoscopie, on découvre un polype pédiculé au-dessus de l'orifice urétéral gauche. On pratique une électrocoagulation en deux séances.

En avril 1951
- à la cystoscopie pas de repousse, vessie saine.

En juillet 1951
- pas de polypes - vessie saine

En décembre 1951
- à la cystoscopie, deux nouveaux polypes situés nettement au-dessus de l'orifice urétéral gauche, dont on pratique l'électrocoagulation.

En février 1952
- à la cystoscopie vessie saine, pas de repousse.

En mai 1952
- vessie saine, pas de repousse

En septembre 1952
- petit polype au-dessus de l'O.U.G. ; électrocoagulation.

En novembre 1952
- vessie saine, pas de repousse

En mars 1953
- deux petits polypes au milieu de la vessie ; électrocoagulation.

En juin 1953
- à la cystoscopie : repousse des proliférations au milieu de la vessie et autour de l'O.U.G. (quatre petites formations en tout); électrocoagulation

En août 1953
- vessie saine, pas de repousse

En octobre 1953
- vessie saine, pas de repousse

En janvier 1954
- un volumineux polype s'étalant de 2 à 4 h, un polype au fond et un polype à 9 h ; électrocoagulation.

En février 1954
- vessie saine, pas de polype

En avril 1954
- vessie saine, pas de polype

En juin 1954
- apparition de signes urinaires : cystite
  dysurie
- à la cystoscopie : deux polypes au niveau du trigone ; électrocoagulation

En juillet 1954
- vessie un peu rouge ; pas de repousse

En septembre 1954
- vessie saine, pas de repousse.

En novembre 1954
- vessie saine, pas de repousse.

En janvier 1955
- nouvelle hématurie
- à la cystoscopie : volumineux polype hémorragique sur la face latérale gauche et près de sa base deux minuscules polypes ; électrocoagulation en deux séances.

En février 1955
- vessie saine, pas de repousse

En mai 1955
- vessie saine, pas de repousse

En août 1955
- phénomène de cystite
- à la cystoscopie : vessie rouge, mais pas de repousse ; instillation de nitrate d'argent ... les signes urinaires disparaissent.

En octobre 1955
- volumineux polype du fond de la vessie ; électrocoagulation en trois séances.

En décembre 1955
- petite cicatrice d'électrocoagulation, pas de polype.

En février 1956
- vessie saine, pas de repousse

En avril 1956
- un polype volumineux et deux plus petits autour de l'O.U.D. ; électrocoagulation en deux séances.

En juin 1956
- envahissement très important de la vessie, par une dizaine de formations papillomateuses; intervention par taille, épluchage large à l'anse et électrocoagulation.
Suites operatoires normales, quitte le service en juillet 1956.

En septembre 1956
- vessie saine, pas de repousse.

En octobre 1956
- revient pour hématurie
- à la cystoscopie : deux polypes sessiles s'étendant de 3 à 5 h ; électrocoagulation en deux séances.

En décembre 1956
- deux polypes près des orifices urétéraux et un au fond de la vessie ; électrocoagulation.

En janvier 1957
- volumineux polype du sommet de la vessie ; deux polypes sur le trigone et plusieurs formations sur la face laterale gauche ;

électrocoagulation.

En février 1957
- très grosse repousse des formations papillomateuses ; on décide d'intervenir par taille - épluchage à l'anse, électrocoagulation et pose de 6 aiguilles de radium.

Suites opératoires normales, quitte le service en avril 1957.

En juin 1957
- deux petites repousses près de l'O.U.G.

En juillet 1957
- pas de repousse.

En septembre 1957
- repousses multiples disséminées un peu partout sur la muqueuse vésicale ; électrocoagulation : en septembre, en octobre et en novembre.

En janvier 1958
- la cystoscopie : pas de repousse

En février 1958
- hématurie très abondante, nécessitant hospitalisation et transfusion.
- à la cystoscopie : petite repousse près de l'O.U.D. ; électrocoagulation.
- pas de repousse de février 1958 à juin 1959, mais en octobre 1958 polypose recto-colique nécessitant l'amputation et pratique de l'anus illiaque.

En juin 1959
- plusieurs repousses ; électrocoagulation.

En septembre 1959
- deux petites repousses ; électrocoagulation.

En décembre 1959
- très petit polype du sommet ; électrocoagulation.

En janvier 1960
- pas de repousse.

En mars 1960
- deux repousses ; électrocoagulation.

En avril 1960
- abcès de la paroi abdominale au niveau de la cicatrice ; incision de l'abcès entraînant l'écoulement de l'urine. Incision médiane, ouverture du péritoine ; vessie complètement collée derrière la symphyse pubienne, présentant sur sa face postérieure un trou de la dimension d'une piece de 5 Fr colmaté par une anse grêle ; fermeture de la vessie ; péritonisation précaire ; fermeture.

Bonnes suites opératoires, quitte le service en juin 1960.

Jusqu'à la fin de l'année 1960
- souffre par intermittence de cystite, calmée par des instillations et des antibiotiques.

De janvier à mars 1961
- envahissement progressif par des formations papillomateuses de toute la vessie s'accompagnant de signes urinaires intenses, nécessitant :

- la cystectomie totale, la mise des uretères à la peau.

Bonne suites opératoires lorsqu'apparaît brusquement, au début du mois de mai, l'hématurie du rein droit.

- à la pyélographie, on voit des images évoquant une tumeur du groupe caliciel inférieur.

Les hématuries se répètent, deviennent de plus en plus fortes nécessitant une néphrec-

tomie droite en septembre 1961.

De septembre à décembre 1961
- l'état général baisse ; il se forme une fistule périnéale d'où s'écoule "un magma polypeux", et le décès survient en décembre 1961.

Donc, en résumé, apparition des premiers polypes vésicaux en avril 1950.

- récidives continuelles
- polypose recto-colique en 1958
- généralisation de la papillomatose et envahissement de tout l'arbre urinaire en avril 1961, huit mois avant le décès.

Les divers examens histologiques ont toujours montré la nature papillomateuse de ces multiples tumeurs.

Nous sommes donc en présence de ces tumeurs si redoutées des urologues, qui quoique bénignes histologiquement, prolifèrent, infiltrent et finissent par tuer.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

L'objet de ce travail est l'étude histologique et therapeutique concernant les proliférations papillomateuses de l'arbre urinaire.

Du point de vue histologique, l'unanimité est loin d'être réalisée aussi bien en ce qui concerne la classification (papillome bénin indépendant ou le début d'un cancer) que l'identification elle-même de la prolifération :

- tumeur bénigne histologiquement qui prolifère, infiltre et finit par tuer

- tumeur maligne histologiquement mais d'aspect bénin ... et qui guérit.

Du point de vue thérapeutique, diversité de traitements en fonction :

- de la tumeur (aspect
(quantités
(potentiel de récidive

- de l'âge et de l'état général du malade

- et enfin, des habitudes de l'opérateur.

Il est bien difficile de donner un schéma thérapeutique, l'évolution des papillomes étant imprévisible d'un sujet à l'autre ainsi

que chez un même malade d'une periode à une autre.

Là, les récidives se sont arrêtées et, sans aucune cause apparente, les papillomes ont disparu ailleurs, et avec la même thérapeutique ils repoussent invariablement. Quelquefois, croyant à une guérison après des années de contrôles endoscopiques, on voit brusquement la prolifération se reveiller et devenir une papillomatose diffuse. Et nous ne pouvons malheureusement, à l'heure actuelle, que répéter avec RUYSCH qui a écrit en 1961 : "Le diagnostic de ces tumeurs est aussi incertain que leur traitement". Mais il apparaît une lueur d'espoir dans l'étude d'un nouveau traitement qui consiste dans l'instillation dans la vessie d'un produit alkylant : le triethylène-thiophosphoramide. Résultats intéressants et encourageants. Loin de remplacer les thérapeutiques classiques, ce traitement est employé en symbiose ou seul lorsque les conditions de son application sont bien posées.

Et s'il peut éviter, ne serait-ce qu'à quelques malades, de subir une cystectomie totale et de vivre avec des fonctions urinaires normales, son rôle sera considérable car la plus parfaite néo-vessie ne saurait remplacer la vessie normale.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : CORDIER

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

AGUSTONI C.B., BACCHETTA A., ARAMBARRI G. et MARTINO S.
Tumeur papillomateuse du bassinet rénal avec hématonéphrose géante. Prensa med. argent. 7 janv. 1955, 42, n I, 52-55 (Bibliogr.)

ALBARRAN
Les tumeurs de la vessie. Paris 1892

Traitement des tumeurs de la vessie. (Association Française d'Urologie, 1905).

BAILEY M. et col.
Cancer papillaire de l'uretère et de la vessie après néphrectomie pour tumeur du bassinet. J. of Urol. juil.1949, 62, n°I, 44-47, 2 fig.

BAKER WAND, GRAF
Tumour of the bladder
Journl. d'Urol. 70, 390-409, 1953

BAND D.
Vesical tumours. Analysis of a personal series.
Journal. Urol. (Br.) 1950, 22, 380

BARRET
A propos de la papillomatose vésicale.
J. Urol. 1948, 54, n 3/4, 186-188

BATZENSCHLAGER A., et BLUM E.
Quelques données statistiques générales sur les tumeurs de la vessie.
J. Urol. oct-nov.1958, 64, n 10-11, 671-673

BAUBUSCH F.
Papillome vésical , urétérocèle et calcul.
Zschr. Urol., 1960, 53, n 6, 273-282

BEATH J.H.
Résultats du traitement du papillome de la vessie par la diathermie.
Brit. J. Urol. déc.1950, 22, n 4, 376-380

BEER
Tumours of the urinary bladders (Baillère, Trindall and Co, London, 1935)

BERNARDI R.
Technique opératoire des grands papillomes de la vessie. Contribution personnelle.
Prensa med. argent. 8 août 1958, 45, n 32, 2750-2751

BERTRAND M.
Résection endoscopique des papillomes vésicaux.
Ass. Fr. Urol. 1949, 43, 295

BILGER J. et KLEIN
Tumeurs de la vessie. Indications thérapeutiques et résultats.
J. Urol. 1955, 61, n 12, 845-848

BLANC
Les polypes du sommet de la vessie.
J. Urol. 1935, p.200

BONNEAU H.
Le problème anatomo-pathologique et cytologique des tumeurs papillaires en urologie.
J. Urol. juil.-août 1961, 67, n 7-8, 541-545

BOPPE et MARCEL
Enorme papillome vésical chez un tout jeune enfant.
(S.F. Urol. 16 avril 1934)

BORST M.
Histologia Pathologica - Ed.Esp. 1945

BROCK D.R.
Begnin polyp of ureter.
The Journal of Urology, 83, n 5, mai 1960, p.572

BRONGERSMA A.F.U.
Amsterdam in Journ. Urol. 1924, tome II, p.527

BRUNCK J. et LEIBECKE S.
La mesure linéaire du noyau cellulaire comme base de la conception de la malignité dans les papillomes de la vessie.
Zchr. Krebforsch. 1954, 59, n 6, 687-692

CAVAZZANA P.
Remarques histo-pathologiques sur les tumeurs de la vessie traitées par télé-cobaltothérapie.
Urologia interna. 1957, n 5, 4, 311-320, 6 fig.

CHAUVIN, CALAS, COMITI
A propos d'un cas de polypose pyélo-urétérale.
J. Urol. 1952, n 7-8, 536

CHAUVIN H.F., BONNEAU H. et FARNARIER G.
La classification des polypes de la vessie et son importance.
J. Urol. juil.-août 1958, 64, n 7-8, 496-497

CHAUVIN H.F., BONNEAU H., SOMMER D.
Essais de cytologie urinaire dans le diagnostic des tumeurs de la vessie. A propos de 50 observations.

CHAUVIN E. (Marseille)
Communication J. Urol., mars 1953, p.230

CHAUVIN E., CHAUVIN H.F., FARNARIER G., et BONNEAU H.
Greffe intra-urétrale après cystectomie totale pour papillomatose vésicale.
J. Urol. juil.-août 1960, 66, n 7-8, 581-582

CHEVASSU
Discussion Gaume (S.F.U. 12 avril 1943)

CIFUENTES P.
Sindrome de prostatismo provocado por polipo del cuello vesical.
(Revue Esp. Urol. 1936, 3, 189).

CIFUENTES L.
Tecnica de la reseccion endoscopica de los papilomas vesicales.
(Arch. Esp. Urol.1956, 12, 215)

CIBERT J., DURAND L., MILLET G.
Quarante-six tumeurs du bassinet.
Essai de pronostic post-opératoire.
J. Urol., juil.-août 1955, 61, n 7-8, 465-484, 17 fig.

CIFUENTES, DELATTE L.
Remarques sur les papillomes de la vessie.
J. Urol. juin 1958, 64, n 6, 280-300, 13 fig.

COLSTON J.A.C. Sr.
Le cancer papillaire bilateral du bassinet.
J. Urol. 1960, 83, n 4, 355-359

COMPERE, BEGLEY, ISAACKS, FRAZIER et DRYDEN
Polypes ureteraux.
The J. of Urol. février 58, 79, n 2, 209

COUTTS W.E. et SILVA-INZUNZA E.
Contribution au diagnostic cytologique rapide de la nature des tumeurs vésicales. Etude des cellules à l'ultramicroscope (communication préliminaire).
J. Urol. 1952, 58, n°12, 865-870, 6 fig.

COUVELAIRE R.
Les tumeurs primitives du bassinet.
Ency. Medico-Chir., Traité rein, fasc. 18098 (7-1939)

COUVELAIRE R. et LEMAIRE M.
De l'U.I.V. dans l'appreciation de la malignité d'une tumeur vésicale.
J. Urol. 1949, 55, 273

COUVELAIRE R.
De l'urétérostomie cutanée.
J. Urol. 59, n 6, 1953, p.358

CRABTREE E.
Résultats définitifs du traitement des tumeurs pédiculées de la vessie.
J. of Urol. juil.1948, 60, n I, 85-91

DARGET et DUVERGER
Quelques cas de tumeurs de la vessie traités par la radiothérapie de contact.
S.F.U. 19 février 1945

DARGET
Discussion Wolfromm et Reverdi sur le traitement des irradiations dans la papillomatose vésicale.
S.F.U. 20 nov.1939

DELZOHO L. et GODEMA S.
Papillomi della pelvi renale.
Urologio, 23e Ann. fasc.4, 20-8-1956, p.284

DEAN A.L., MOSTOFFI F.K., THOMSON R.V. et CLARK M.L.
Tumeurs vésicales.
J. of Urol. mai 1950, 71, n 5; 571-590, 18 tabl.

DEMING C.L.
Comportement biologique du papillome intermédiaire de la vessie.
J. of Urol. mai 1950, 63, n 5, 815-820

DEMING and LINDSKOG
Papillomatosis of bladder.

DEVOS R.
Considérations sur les tumeurs vésicales.
Bruxelles, méd. 5-9-1948, n 36,
1813-1821

DENOVAN H.
Résultats de la diathermothérapie du
papillome villeux de la vessie.
Brit. J. Urol. déc.1950, 22, n 4,
332-341, 8 fig.

DOSSOGNE M.
Les tumeurs du bassinet et de l'uretère.
Bull. Soc. Clin. Hop. civ. Charleroi,
juil.1961, 12, n 3, 103-114

DRINKER H.R. jr. et O'CONOR V.J.
Tumeurs de la vessie.
J. of Urol. août 1954, 72, n 2,
204-210 6 tabl.

DUCKWORTH
Traitement de la papillomatose par
la podophylline.
J. of Urol. dec.1950

EINHORN J., LARSSON L.G. et RAGNHULT I.
L'yttrium radioactif, adjuvant possible
du traitement de la papillomatose de
la vessie.
Acta Radiol.av.1955, 43, n 4, 298-
304 Résumé français.

ELLIS F. et OLIVER R.
Traitement du papillome de la vessie
par l'or colloïdal radioactif (Au 198)
Brit.Med. 15 janv. 1955, n 490 - 136-139

ENGEL W.S.
Transuretral renoval of papilloma of the bladder.
Cleveland clin.quart., 1936, 3, 251

ERCOLE R.
La néphro-urétérectomie totale dans le traitement des tumeurs papillaires du bassinet.
Rev. argent. Urol. janv-avr.1951, 20, n 1-4, 71-77, 3 fig.

EVANS A.T. et STEVENS R.
Polypes fibro-épithéliaux de l'uretère et du bassinet. Rapport d'un cas.
J. of Urol., sept. 1961, 86, n 3, 313-315

EWERT E.E. et SUMMONS H.J.
Papillomes de la vessie.
Surg. Clin. North. Amer., juin 1951, 653-657

FETTER Th.R. et WILKERSON J.L.
Les tumeurs du bassinet et de l'uretère.
J. Internat. Coll. Surgeons, janv.1958, 29, n I, 22-40, 13 fig.

FERBER Ch.
Contribution aux papillomes bénins du bassinet rénal et de l'uretère.
Bruns Beitr. Chir.1959, n 3, 296-310, 16 fig.

FERNIS D.O., KAPLAN J.H., THOMPSON G.J.
Papillary epitheliomas in each ureter and in the bladder.
J. of Urol. 62, n 4, oct.1948, p.448

FEY B.
Association Française d'Urol. Congrès de 1947-49

FEY
Discussion Gaume (S.F.U. 12 avril 1943)

FEY
Discussion Wolfromm et Reverdy sur le traitement par irradiations dans la papillomatose vésicale.
S.F.U. 20 nov. 1939

FIRSTATER M.
Le podophyllin des papillomes de la vessie.
Rev. argent. Urol. sept-nov.1951, 20, n 9-11, 279-283

FIRSTATER M.
Tumeur du bassinet.
Rev. argent. Urol. juil.-sept.1955, 24, n 7-9, 371-379, 14 fig.

FIRSTATER M.
Podophylline dans traitement des papillomes vésicaux.
J.of Urol. nov.1961, 86, n 5, 565-567

FISHBONE H.
Signification de la biopsie des tumeurs de la vessie.
Brit. J. Surg. nov.1958, 46, n 197, 231-233

FLOCKS R.H. et CULP D.A.
Fibro-myxosarcome polypoïde de la vessie chez un enfant.
J. of Urol. fév.1955, 73, n°2, 299-306, 7 fig.

FONIO O.A.
Carcinome papillaire du bassinet rénal.
Rev. argent. Urol., déc.1951, 20, n°12, 347-352, 10 fig.

FRANKSSON O.
Les tumeurs vésicales. Etude clinico-pathologique de 434 cas.
Acta chir.scand., 1950, suppl. 151, 203 pages, 28 fig.

FRANKSSON O., LINDBLOM K. et WHITEHOUSE W.
Les rapports des signes radiologiques et des divers degrés de malignité des tumeurs vésicales.
Acta radiol. avr.1956, 45, n°4, 266-272, 5 fig.

GARCEZ B.M.
Carcinome papillaire du bassinet.
Rev. brasil. Cir., nov.1952 , 24 n°5, 745-750, 5 fig.

GARCIA A.E. et CASAL J.
Epithéliome endocrinoïde et épithéliome papillaire du bassinet dans le même rein. Considérations à propos de 2 cas.
Rev. argent. Urol. sept.-déc. 1952, 21, n°9-12, 252-260, 11 fig.

GARDNER
Tumeur bénigne chez un enfant âgé de 2 ans et 9 mois

GAUME
Papillomatose réno-urétéro-vésicale et cancer du côlon.
S.F.U. 12 avr. 1943

GAUSA P.
Maladie villeuse de la vessie, traitement conservateur ?
J. Urol. oct.-nov. 1958, 64, n°10-11, 708-709

GIBSON E.
Treatment of bladder tumours with the McCarty resectoscope.
J. of Urol. 1935, 34, 8

GILBERT
Papilloma of bladder
J. Urol. 55, 445-453, 1946

GIRARD
Papillomes vésicaux en voie de dégénérescence chez une femme de 21 ans, consécutifs à une cystite gangréneuse par traumatisme obstetrical.
A.F.U. in J. Urol. 1925, tome II, p.429

GIRAUD
Du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. Indications et résultats éloignés.
Thèse Lyon, 1912

GOLLMAN G. et RECKBAUM G.
Harnleiter papillom oder luftblase.
Zeitschriff für Urol. Bd. 52, n°2, février 1959, p.116

GONZALEZ R. et FIRSTATER M.
Une nouvelle possibilité thérapeutique dans les papillomes de la vessie.
Urol. Cutan. Rev. juil.1948, 52, n°7, 377-381, 11 fig.

GOTZEN F.J.
Le traitement des tumeurs vésicales par la podophylline.
Zschr. Urol. 1953, 46, n°7, 467-470

GOUVERNEUR R.
Tumeur papillaire du bassinet sur un rein double.
J. Urol. 1949, 55, n°4, 316

GOUYGOU
Le pronostic des tumeurs de la vessie d'après l'histologie.
J. Urol. 1954, 54, 163

GRAVES R.C. and THOMSON R.S.
Cystectomie totale. Transaction of the American Association of the genito-urinary surgeons, tome 37, 1944

GUFFANTI A. et SALMONI
Sulla terapica della papillomatosis vesicale diffusa.
Rebegna Italiana di chirurgica e medicina, 5, n°10, oct.1956, p.695

GUNTHER G.
Papillome de la vessie et rein kystique avec endartérite oblitérante, thrombose des veines rénales, nécrose des papilles et hématurie.
Deutsche zschr. chir. 1949, 262, n°I-2, 74-78, 11 fig.

GUTGEMANN A.
Les tumeurs du bassinet.
Chirurg.janv.1949, 20, n°1, 1-10, 7 fig.

GUTSCHE H.
Hémorragie intra-abdominale mortelle par papillome du bassinet rénal.
Zschr. Urol. 1954, 47, n°12, 755-761, 5 fig.

HEITZ-BOYER
Discussion Bazy sur la récidive des papillomes de la vessie.
Soc. Nat. Chir. 11-6-1930

Traitement des tumeurs de la vessie par la haute fréquence.
Extrait Bull. Ass. Urol. 1920

Traitement mixte de certaines tumeurs vésicales.
J. Urol. n°5, nov.1913

HERENU R.
La greffe chirurgicale dans les tumeurs papillaires de la vessie. Commentaires sur 1 cas.
Rev. argent. Urol. juil.-déc. 1958, 27, n°265-268

HIGBEE D.R.
Valeur de l'irradiation préopératoire pour réduire la dimension des tumeurs vésicales papillaires simples et multiples.
J. of Urol., mars 1955, 73, n°3, 498-501

Chirurgie des tumeurs papillaires de la vessie.
J. of Urol. août 1953, 70, n°2, 237-241

HIGGINS C.C.
Tumeurs du bassinet. Revue de 47 cas.
Ann. Surg. fév. 1953, 137, n°2, 195-204, 5 fig., 5 tabl.

HOLLANDS F.G.
Résultats du traitement du papillome villeux de la vessie par la diathermie.
Brit. J. Urol. déc. 1950, 22, n°4, 342-375, 22 fig.

HOLSTI L.R. et ERMALA P.
Papillary carcinoma of the bladder in mice obtained administration of tobacco tar.
Cancer, 1955, 8, 679

HOWARTH V.S.
Cancer de l'uretère résiduel après néphrectomie pour cancer papillifère du bassinet. C.R. d'un cas.
Med. J. Austral. 19 nov. 1949, 36, n°21, 746-747

HUGUES A.
Résection endoscopique des tumeurs papillaires de la vessie.
Urol. Cutan. Rev. janv.1947, 51, n°1, 36-42, 21 fig.

IRVINE W.T.
Le traitement diathermique du papillome vésical sans biopsie préalable.
Brit. J. Urol. sept. 1955, 27, n°3, 224-231

ITURRALDE J.A.M.
Masse nécrotique intravésicale d'origine papillomateuse.
Rev. argent. Urol. juil.-sept.1959, 28, n°7-9, 123-124

JACOBS F.M. et BROWN L.H.
Hématurie grave associée à un papillome du bassinet : relation d'un cas.
J. of Urol. août 1951, 66, n°2, 185-189 - 3 fig.

JEANBRAU
Précis de pathologie chirurgicale
Paris 1937

JEWETT H.
Carcinoma of the bladder.
Transactions of the American Ass.of genito urinary surgeons, tome XXVII, 1944

JONES H.C. et SWINNEY
Thiotepa in the tumours of the bladder.
Sept.1961, the Lancet, p.615-618, 16

JEWETT H. et STRONG
Infiltrating carcinoma of the bladder.
J. of Urol. 1946, 55, 366

JOMAIN J.
Classification anatomique et chimique des tumeurs vésicales.
J. Urol. Tome 65, n°7-8, 1959

Diagnostic radiologique des tumeurs vésicales. Une nouvelle technique de cystographie standard. Pseudotomographie par la méthode de la flaque améliorée.
J. Urol. janv.-fév.1957, 63, n°1-2, 86-87

Tumeurs de la vessie.
Encycl.med.chir. Rein-Organes génito-urinaires, 18, 224 A10.A20.A30

A propos de la classification clinique des tumeurs de vessie.
Journal d'Urologie 1961, tome 67, n°4-5 p.321

KELLER J.
Papillome dans un diverticule vésical avec hypertrophie de la prostate.
Zschr. Urol. 1950, 43, n°1-2, 53-55

KIRWIN T.J.
Cancer papillaire du bassinet. Diagnostic et traitement.
Surg. Gyn. Obst.déc.1941, 73, n°6, 759-765, 9 fig.

KIRWIN T.J.
Papillomatosis of the bladder : new conceptions of etiology and treatment.
The J. of Urol. vol. 49, 1943, p.1-13

KONNINGER W.
Un cas de cancer papillaire à épithélium plat du bassinet.
Fortschr. Rontgenstr. juil. 1955, 83, n°1, 100-101

KRETSCHMER H.L. et STIKA E.A.
Le papillome de la vessie. Survie après fulguration.
J.A.M.A. 10 déc. 1949, 141, n°15, 1039-1041

KRUPP S.
La question de la malignité et de la bénignité des papillomes de la vessie.
Urologia Internat. 1958, 7, n°4-5, 256-279, 8 fig. (Résumé français)

KUSS R.
Polypes de la vessie.
J. Méd. Chir. prat. 3e n° de nov. 1957, 128, 1539-1540

KUSS R. et MATHIEU F.
Sur la malignité des tumeurs de la vessie.
J. Urol. oct.-nov. 1959, 65, n°10-11, 818-824

LEGUEU
De la cystectomie totale pour tumeurs pédiculées de la vessie.
Art. Scient. et Industr. Hermann et Cie, Paris 1946

LEGUEU
De la récidive des papillomes de la vessie.
Bull. et Mém. Soc. de Chir. tome XXVI, 1910, p.56

Du traitement cystoscopique des tumeurs de la vessie.
Bull. et Mém. de Chir. tome XXXVI, 1910, p.460

LEGUEU et VERLIAC
Origines et transformations des papillomes vésicaux.
Bull. de l'Assoc. Etude du Cancer, 1910, p.130

LEGUEU et MICHON E.
Les tumeurs de la vessie.
Nouveau Traité de Chir. Le Dentu Delbert, Paris 1912

LEPOUTRE
Pronostic et traitement des papillomes de la vessie.
Assoc. Franç. in J. Urol. 1926, tome II, p.529

LEUENBERGER
Etude sur la transformation des papillomes vésicaux en sarcomes.
Arc. für klinische Chirurgie, BD XCIX H.2, p.363

LEVY-DREYFUS R.
Un cas de tumeur papillaire du bassinet à symptomatologie atypique.
Strasbourg Méd. janv. 1951, 2, n°1,29-32

LIVERMORE
Discussion rapport Deming sur papillomatosis of bladder.

LOUGHEED M.N.
Principes de radiothérapie des tumeurs vésicales.
Brit. J. Urol. sept. 1957, 29, n°3, 236-240, 4 fig.

LUND F. et LUNWALL F.
Papillomes vésicaux. Observation de 183 cas.
Urologia, 1955, I; n°5, 315-331, 7 fig., résumé franç.

MACALPINE J.B.
Maladie papillomateuse du bassinet.
Brit. J. Surg., oct. 1947, 35, n°138, 113-132, 28 fig.

Papillomes du bassinet rénal chez les ouvriers employés dans l'industrie des colorants.
Brit. J. Surg. oct. 1947, 35; n°138, 137-140, 5 fig.

MARION G.
Polype vésical du volume d'une petite pomme développée dans un diverticule.
J. Urol. avr.1939, 47, n°4, 354

Discussion sur la communication Pastau. Papillomes vésicaux et radiothérapie.
Soc. Franç. d'Urol. 8 avr.1935

Traité d'Urologie.
Masson et Cie Paris 1940

Discussion sur communication Gaume. Papillomatose réno-urétérale vésicale et cancer du côlon.
Soc. Franç. d'Urol. 12 avr. 1943

MARSHALL
Textbook of Urology, 1956, 206

MARTIN R.H.
Régression spontanée mais transitoire d'une polypose vésicale dégénérée.
J. Urol. 1953, 59, 543-545

MASINA F.
La résection segmentaire pour tumeurs vésicales.
Brit. J. Surg. mars 1954, 41, n°169, 10 fig.

MASSON
Tumeurs.
Traité de Pathologie Médicale de E. Sergent

MELEN D.R.
Tumeurs du bassinet rénal.
J. Urol. avr.1944, 51, n°4, 386-395

MELICOW M.M.
Les tumeurs de la vessie : - analyse clinico-pathologique sur plus de 2500 specimen et biopsies.
J. of Urol. oct. 1955, 74, n°4, 489-521, 12 tabl. 5 fig.

MERKEL H. et HICKSTADT O.
A propos du papillome du bassinet du rein.
Zbl. Chir. 1953, 78, n°23, 969-975, 2 fig.

MICHON L.
Discussion sur communication Gaume.
Papillomatose réno-urétéro-vésicale et cancer du côlon.
Soc. Franç. d'Urol. 12 av. 1943

MICHON
Tumeurs de la vessie.
Semaine des Hôpitaux, juin 42, 18,n°16

MICHON et DELINOTTE
Papillomatose vésicale.
Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol.1947

MICHON L.
Quelques réflexions sur la malignité des tumeurs vésicales.
J. Urol. janv.-fév. 1960, 66, n°1-2, 76-83

MITRY
Electrocoagulation à vessie ouverte dans la papillomatose vésicale.
Gazette Médicale de Nantes, juil.1924

MOLLENDORFF W.V.
Handbuck der mikroskopischen anatomic, II, 292

MOSTAFI F.K.
Study of 2678 patients with initial carcinoma of bladder.
J. of Urol. 1956, 75, 480-492

MOSTAFI F.K. et MORSE W.H.
Rhabdomyosarcome polypoïde de la vessie.
J. of Urol. mai 1952, 67, n°7, 681-687, 9 fig.

NORA G. et MARCEL J.E.
Tumeurs bénignes de la vessie.
Sem. Hôp. Paris, 10-14, sept. 1952, 28, n°67-68, 2613-2627, 7 fig.

O'CONOR V.
Traitement et pronostic des tumeurs papillaires du bassinet et de l'uretère.
J. Urol. mars 1949, 61, n°3, 488-492

PASTEAU
Papillome vésical et radiothérapie.
Soc. Franç. d'Urol. 8 avril 1935

PATOIR G.
Prolapsus d'un papillome vésical.
J. Urol. 1952, 58, n°6, 411-412

PERRIN J.
Electro-résection endoscopique d'un polype vésical.
J. Urol. 1944,1945, 52, n°10, 245

PERRIER
Papillome vésical inséré sur le col donnant lieu à de la rétention d'urine.
J. d'Urol. 1924, p.411

PEREIRA A.F.
Cancer papillifère de la vessie (technique chir.)
Rev. Brasil. Cir. juil.1957, 34, n°1, 86-90, 8 fig.

PETKOVIC S.
L'Urografia nei tumori vesicali.
Minerva Urologica 1952, 6, 2

PFAHLER
Le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie par les rayons X.
Surg. Gyn. Obst. 64, n°6, juin 1937, p. 989

PFLAUMER
Sur le papillome de l'uretère. Diagnostic et traitement.
Zeits. fürs Urol., mai 1929

PHELIP L.
Trois observations de polype vésicant et d'hypertrophie prostatique sur le même malade et traités en une fois par endoscope.
Lyon Med. 12 mai 1935, 155, n°20, 619

PINACCI G.
Les tumeurs de la vessie.
Minerva Med. 10 mars 1957, n°20, 774-791, 29 fig.

PRAETORIUS
Traitement des papillomes de la vessie par le collargol.
Munchener Med. Woch. n°38, 17 sept. 1920

PUGH R.C.B.
Classification des tumeurs de la vessie.
Brit. J. Urol. sept. 1957, 29, n°3, 222-225, 5 tabl. 2 fig.

RAINDL W.
Clinique et traitement des tumeurs de la vessie en se basant sur 431 cas.
Wein. Med. Wschr. 25 juin 1955, 105, n°25-26, 522-524

RICHARDSON E.J.
L'emploi de podophylline dans le traitement de la papillomatose de la vessie.
J. of Urol., août 1959, 82, n°2, 234-235

RITTER J.S.
Le traitement endoscopique des tumeurs de la vessie.
Urol. Cutan Rev., mai 1947, 51, n°5, 258-260

ROBERT F.
La cystectomie totale dans le traitement de la papillomatose diffuse.
Gaz. Hôp. Paris, 10 avr.1962, 433-435

ROMETTI
Quelques documents sur le traitement radio-chirurgical des tumeurs de la vessie.
J. Urol. avr.-mai 63, n°4-5, 336-338

RUSSEL M., LIPIN J.L. et GAINES J.W.
Les tumeurs de la vessie chez le nourrisson : relation d'un cas de tumeur bénigne, revue de la littérature.
J. d'Urol., mai 1958, 79, n°5, 823-827

SARAFOFF D.
La papillomatose du bassinet et de la vessie.
Zschr. Urol. 1951, 44, n°5, 345-355

SAXE T.L.
Primary benigne neglasme of ureter associated with ureteral calculus.
The J. of Urol. 68, n°5, p.819

SCOTT W.W.
Disparition complète d'une vésicale persistante consécutive à une néphro-urétérectomie et une cystectomie segmentaire pour cancer papillaire primaire de l'uretère.
J. of Urol. février 1951, 65, n°2, 235-240

SCHOENHOFF
La radiothérapie des papillomes vésicaux.
Zeutr. Blatt, für gyn., 22 nov. 1924

SCHUTZE E.
Ligature bilatérale de l'artère hypogastrique dans une papillomatose vésicale.
Zbl. Chir. 6 mai 1961, 86, n°18, 1188

SEMPLE J.E.
Papillome de la vessie traité par la podophylline.
Brit. Med. J. 26 juin 1948, n°4564, 1235-1237

SENGER F.L. et BOTTONE J.J.
Papillome bénin du bassinet rénal.
Am. J. Surg. juil.1941, 53, n°1, 125

SETH-SMITH A.B.
Les tumeurs du bassinet, revue de 64 cas.
Brit. J. Urol., sept. 1959, 31, n°3, 265-276

SICHEL, LEVY-DREYFUS et VOEGTLIN (Mme)
Un cas de tumeur papillaire du bassinet.
J. Radiol. Electrol. 1951, 32, n°3-4, 411

SIFFRE et CIBERT J.
Le traitement de la papillomatose vésicale diffuse.
Lyon Chir. janv. 1960, 56, n°1, 127-129

SILVERSTONE M.
Hématurie persistante due à un papillome du bassinet.
Brit. J. Surg. avr.1949, 36 , n°144, 438-439, 2 fig.

SISK
Expulsion spontanée d'un papillome vésical suivie de guérison.
J. of Urol. 1923

SMOLER H.
Deux papillomes du bassinet.
Zschr. Urob. 1942, 36, n°9, 323-325

STOLZE M.
La cystectomie dans la papillomatose diffuse. Une contribution au problème du traitement du cancer vésical.
Zschr. Urol. 1950, 43, n°7-8, 320-323

TAYLOR W.N.
Les tumeurs du bassinet.
J. of Urol. oct. 1959, 82, n°4, 452-458, 8 fig.

TEMELIESCU I.
La cystopolygraphie dans le diagnostic des tumeurs vésicales.
Urologia internat. 1958, 7, n°6, 285-299, 15 fig. Res. franç.

THELEN A. et SCHAEUBLE J.
Présence simultanée de papillomes vésicaux chez des jumeaux univitellins.
Zschr. Urol. 1957, 50, n°4, 188-195, 6 fig.

THOMAS
Papillome de la vessie et de l'urètre postérieur.
The Urologie and cutancous review, tom XXVI, mars 1922

THOMPSON N.
Papillome vésical.
Brit. J. Surg. janv. 1960, 47, n°204, 419-424

THOREN L.
Un appareil de succion pour l'opération du papillome vésical.
Chir. juin 1956, 27, n°6, 287-288

TRUCHOT P., WOLFROMM G., ENNUYER A. et ROUSSEAU J.
Effets morphologiques de la roentgenthérapie sur un gros papillome vésical bénin.
J. Urol. 1948, 54, n°9-10, 489-492

TZSCHIRNTSCH
Excision par voie endoscopique des papillomes pédiculés.
Zeit. Urol. n°9, 1937, p.599

TZSCHIRNTSCH K.
Papillomatose du bassinet rénal droit de l'uretère droit et de la vessie.
Zschr. Urol. 1954, 47, n°5, 327-328

VAN R.F.
Sur le traitement chirurgical des papillomes vésicaux.
Acta Urologia Belgica, 28, n°3, juil. 1960, p.338

de VEER and HAUNN
Tumour of the kidney. II Tumour of Brooklyn Hosp. J. 8, 187, 222, 1950

WALINDER G.
A 76_2 S3 colloïdal. Production et emploi possible dans la papillomatose de la vessie.
Acta radiol., déc. 1955, 444, n°6, 521-526; rés. franç.

WALLACE D.M.
Histoire naturelle et étiologie possible des tumeurs vésicales.
Ann. Royal Coll. Surg. England, juin 1956, 18, n°6, 366-383, 13 fig.

WEGENER E.
Papillome du bassinet découvert par les rayons.
Zbl. Chir., 31 janv. 1942, 69, n°5, 180-183, 2 fig.

WEIDNER O.
Papillome du bassinet.
Zschr. Urol., sept. 1959, 52, n°9, 595-596

WINSBURY, WHITE H., HENDERSON C.L. et WILKINS R.D.
Papillome simple de la vessie.
Lancet, 16 déc. 1950, 259, n°6642, 797-799

WITTON FLYNN J.
La radiothérapie de la papillomatose vesicale.
Med. J. Austral. janv. 1953, 40, n°3, 64-65

WOLFROMM G., BELLE J., GILSON M. et TESTU J.
Radiographie de tumeurs vésicales (tumeur diverticulaire, grosse tumeur pédiculée de la paroi vésicale).
J. Urol. 1949, 55, n°5-6, 423-426, 11 fig.

WOLFROMM G. et BOISSONNAT P.
Tumeur papillaire volumineuse développée dans la partie supérieure d'un bassinet dédoublé.
J. Urol. 1948, 54, n°9-10, 492

WOLFROMM
Discussion sur communication Gaume.
Papillomatose réno-urétéro-vésicale et cancer du côlon.
Soc. Franç. d'Urol. 12 avril 1943

WOLFROMM et REVERDY
Résultat des traitements d'irradiation dans certains cas de papillomatose vésicale.
Soc. Franç. d'Urol. 20 nov. 1939

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercie de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire audessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-